Nr. 23. 7. czerwca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prymarjusz Dr. Roman LESZCZYŃSKI. Lwów.

Metodyka rozpoznawania chorób skórnych.

Wstęp. Dermatologja jest nauką o zmianach chorobowych skóry. Zajmuje się sprawami, które toczą się w narządzie dostępnym bezpośrednio naszemu badaniu. Mogłoby się więc wydawać, że rozpoznawanie chorób skórnych należy do rzeczy najłatwiejszych. Z takiem zdaniem zdarzało mi się niejednokrotnie spotykać. W rzeczywistości jednak rzecz ma się przeciwnie. Prawidłowa diagnostyka skórna jest trudną. Składa się na to kilka przyczyn.

Przedewszystkiem sprawa cała »patet«, czyli jest na widoku. Spostrzeżenia robimy bezpośrednio, każdy błąd daje się bezpośrednio wytknąć, a kontrola prawdy jest ściślejszą, niż w innych działach medycyny. Dlatego odsetek dopuszczalnych pomyłek musi być mniejszym.

Powtóre trudności rozpoznawcze piętrzą się z następującego powodu. Jest stosunkowo niewiele rodzajów zmian morfologicznych (wykwitów), zaś ilość jednostek chorobowych jest ogromną. Kombinacja, ustosunkowanie, rozmieszczenie, następstwo elementów pierwotnych i wtórnych nadają dopiero osutce charakter osobniczy jednostki chorobowej. Wypływają stąd pełne zdrad i niebezpieczeństw podobieństwa obrazów. Po trzecie, *quot homines, tot cutes.* Każda skóra ma swoje osobnicze właściwości. Na tę samą szkodliwość będą rozmaite skóry, rozmaicie oddziaływały, nieraz w sposób zgoła nieoczekiwany lub niezwykły. Ta sama choroba może znaleść na różnych skórach, odmienny wyraz morfologiczny. Tu leży źródło dalszych trudności rozpoznawczych.

W końcu, *last, but not least,* umiejętność oglądania ma swe znaczenie. Nie wszyscy, którzy będą patrzeć, będą także widzieć. Nigdzie może, różnica znaczenia tych dwóch słów patrzeć i widzieć nie występuje tak dobitnie, jak w dermatologji. Nie wszystkie szczegóły utrwalone na siatkówce dochodzą do naszej świadomości. Dlatego widzeniem nazwę tylko uświadomione patrzenie. Ilość szczegółów dochodzących do naszej świadomości stanowi o zdolnościach spostrzegawczych badacza. Jedni mają wrodzony zmysł spostrzegawczy, drudzy przez ćwiczenie urabiają go w pewnej mierze, innym wreszcie zawsze go niedostaje.

To są przyczyny, dla których diagnoza skórna, pozornie tak łatwa, nastręcza tyle trudności. Wydało mi się przeto rzeczą pożyteczną, rozważyć i wskazać drogi, jakiemi podążać należy, chcąc dojść do tworzenia prawidłowej diagnozy skórnej.

Biegły dermatolog, oglądający chorą skórę, przebiega w swym intellekcie szereg szczebli, wykonuje szereg prac myślowych, zanim dojdzie do wniosku, do rozpoznania. Część tych prac dokonywa się świadomie, przeważna jednak część odbywa się podświadomie. Niektóre kojarzenia odbywały się w jego umyśle tylekroć razy, że zeszły do rzędu funkcyj automatycznych. Ucząc się czytać, zaczynamy od pojedynczych liter, potem czytamy zgłoski, po latach czytamy całemi słowami. Tak dzieje się i z obrazami skórnemi. Badacz, który już coś widział, porównuje chętnie obraz oglądany z obrazami znanemi, a idąc po drodze najmniejszego wysiłku, stara się odczytać obraz *in toto.* Droga to zawodna i pełna niebezpieczeństw. Przedewszystkiem sposób ten jest nieprzydatnym wobec obrazów nieznanych, powtóre prowadzi łatwo do pomyłek przy obrazach podobnych, po trzecie nie wystarcza przy osutkach kombinowanych. Dlatego sposób rozpoznawania oparty na porównywaniu w myśli całych obrazów nie jest polecenia godnym.

Chcąc uzyskać niezawodność i celność naszego rozpoznawania musimy pozostać wiernymi metodzie »sylabizowania« na skórze.

Dążeniem naszem musi być, aby jak najmniej procesów myślowych w czasie badania odbywało się podświadomie, aby za to jak największa ich ilość dokonywała się pod kontrolą świadomości.

W poszukiwaniu najpewniejszej drogi rozpoznawania zmian na skórze, starałem się całą pracę myślową, jaką dermatolog wykonywa rozłożyć na jej części składowe. Zobaczyłem, że najpierw musi on przez analizę obrazu stworzyć sobie przesłanki, później przez syntezę tychże, dojść do wniosku. Warunkiem powodzenia jest metodyczne badanie chorego. Najpierw rozbijamy całość obrazu na szczegóły, zbieramy spostrzeżenia, potem porządkujemy je i wiążemy w logiczne łańcuchy. Badania pomocnicze uzupełniają obraz morfologiczny, usuwają wątpliwości, dają wskazówki etjologiczne i torują drogę do pełnego, prawidłowego rozpoznania, rokowania i leczenia.

§. I. ANALIZA TŁA.

Obnażywszy w zupełności chorego, oglądamy go najpierw w całości. Ten pierwszy rzut oka poucza nas o rozległości i głównych siedliskach zmian chorobowych, oraz o typie konstytucjonalnym, jaki mamy przed sobą. Zwrócimy zaraz baczną uwagę na rodzaj skóry wydającej się normalną, na barwę włosów, oczu, na ewentualne nieprawidłowości budowy całego ciała. Rozpatrzenie skóry, jako tła, rozeznanie podłoża, na jakiem sprawa chorobowa się toczy, musi być pierwszą i integralną częścią naszego badania. O znaczeniu rodzajów skóry dla patologji tejże, pisałem w swoim czasie (Pol. Gaz. Lek. Nr. 14. 1923). Dlatego tutaj krótko się z tą sprawą załatwiam. Każda skóra posiada swoją indywidualność. Każda jest w stanie w sposób osobniczy oddziaływać na rozmaite szkodliwości Jedne jej właściwości są jawne i stwierdzamy je już przy oglądaniu, inne są utajone i wykrywamy je pomocniczemi metodami biologicznemi. Jeszcze inne wreszcie są potencjalne i wychodzą na jaw dopiero w czasie przebiegu. Wczesne poznanie osobniczych właściwości oglądanej skóry, wyjaśnia nam szczegóły morfologiczne i kaprysy przebiegu, ułatwia rozpoznanie, koryguje rokowanie, daje cenne wskazówki co do postępowania leczniczego.

§. II. A. ANALIZA WYKWITÓW.

Przystępujemy do szczegółowego badania. Z obawy, aby jakiś szczegół nie uszedł naszej uwagi, będziemy oglądali postępując wedle okolic ciała. Zaczynamy od głowy, skóry owłosionej, uszu, twarzy, oglądamy po drodze błonę śluzową jamy ustnej, gardła, nosa, dalej szyję, skórę klatki piersiowej i brzucha, kończyn górnych i dolnych. Zwracamy szczególną uwagę na okolicę narządów płciowych. Następnie odwracamy chorego. Oglądamy skórę grzbietnej strony karku, tułowia, kończyn górnych i dolnych, międzykrocze. Baczną uwagę poświęcamy zarówno stronie plastycznej, jak i kolorystycznej zmian chorobowych.

Po przyjrzeniu się staramy się znaleść odpowiedź na następujące pytania:

1) jakie rodzaje wykwitów pierwotnych, a jakie wtórnych spotkaliśmy, 2) który rodzaj jest w danej chwili dominującym, głównym, a które są tylko dodatkowemi (*Effl. accessoriae*), następowemi (*E. consecutivae)* lub towarzyszącemi *(E. concomitantes),* 3) które wykwity uważamy za najstarsze, które za najmłodsze.

§. II. B. SYNTEZA ewolucji WYKWITÓW.

Znalazłszy odpowiedź na zadane sobie pytania staramy się uporządkować nasze spostrzeżenia. Wiemy już, jakie wy-

kwity pierwotne i wtórne wogóle na danej skórze się rozwinęły, wiemy, który typ w danej chwili jest najobfitszym i co najważniejsza, odszukaliśmy najmłodsze (najświeższe zmiany). Opierając się na naszej znajomości ogólnej patologji skóry, staramy się odtworzyć obraz rozwoju i przebiegu w czasie, czyli następstwa wykwitów. Staramy się ułożyć zauważone zmiany w szereg, zaczynając od najmłodszych, aż do najstarszych. Zmiany niedające się pomieścić w szeregu ewolucyjnym, będziemy uważali za dodatkowe lub towarzyszące.

Przykład pierwszy: (II. A.). Znalazłem dość rozległe brunatne plamy, takie same mniejsze, przy niektórych wyraźny zanik, dalej płaskie nacieki brunatno-czerwono-wiśniowe, większe i mniejsze (wielkości grochu), także guzki płaskie, ciemno-brudno-czerwone, wielkości łebka szpilki do soczewicy, często w podłużne smugi się układające, niekiedy krwawemi strupkami pokryte.

(II. B.) Układam w szereg: guzki drobne czerwone, gdy się zlewają tworzą większe nacieki, gdy ustępują, brunatnieją i spłaszczają się, w końcu zostają brunatne plamy bez nacieku, nawet zaniki; objawy drapania, jako następstwo świądu (*lichen ruber planus*).

Przykład drugi: (II. A.) obfite krosty wielkości soczewicy do małego grochu, o szczycie zapadłym. Z rzadka tejże wielkości czerwone guzki, na ich szczycie zaczynające się rozpływanie i pęcherzyk z treścią mętną, na niektórych krostach przysychanie i tworzenie się strupa.

(II. B.) Guzki na szczycie rozmiękkające, krostki, strupy (*variola* w okresie krostowania).

Przykład trzeci: (II. A.) łojotok, w obrębie twarzy, uszu dość rozległe, płaskie ogniska, w środku białawe, na obwodzie brudno-czerwone, tłuste łuski, rozszerzone ujścia mieszków; inne ogniska białawe z obwódką brunatnawą, inne mniejsze wysycono-czerwone, lekko wyniosłe, więcej na obwodzie, niż w środku.

(II. B.) Płaskie nacieki ciemno-czerwone na skórze łojotocznej, rozszerzają się obwodowo przybierając odcień brunatnawy i spłaszczając się w środku. Później w środku wytwarza się blizna zanikowa, na obwodzie naciek brunatnieje i spłaszcza się (*lupus erythematodes chronicus*).

§. III. A. ANALIZA OSUTKI.

Gdy wykwitów jest wiele, mówimy o osutce. Jest to więc pojęcie zbiorowe. Rzadko bywa osutka jednoczasową (równoczasową jak n. p. *herpes zoster*) zwyczajnie zajmuje stopniowo rozmaite okolice ciała. Rzadko stosunkowo widzi się osutki o jednym typie wykwitów, częściej spotykamy rozmaite rodzaje wykwitów pomięszane (osutki kombinowane). Bywa też tak, że na tych samych okolicach pojawiają się w różnych okresach, różne wykwity i mieszają się ze sobą. Mówimy wtedy o typie dominującym dla danej chwili. Przy innych schorzeniach skórnych zmiany powiększają się przez wzrost na obwodzie, przez zlewanie się ognisk sąsiednich, przez występowanie całych nowych ognisk, grup lub wysepek na coraz to nowych okolicach ciała.

Gdyśmy już wykonali pracę pod II. A. i II. B. zakreśloną, t. j. analizę wykwitów i syntezę rozwoju tychże, oczekuje nas podobne zadanie odnośnie do osutki, jako pojęcia wyższego. Musimy oznaczyć: 1) ułożenie wykwitów lub ognisk względem siebie (w kołach, smugach, girlandach i t. d.), 2) rozmieszczenie ich na rozmaitych częściach skóry, a to, gdzie spotykamy typy lub ogniska najmłodsze, najstarsze, dominujące, 3) musimy ustalić sposób rozszerzania się osutki (przez występowanie pojedynczych nowych wykwitów lub grup, przez postępowanie obwodowe, przeszczepianie i t. d., 4) musimy ustalić następstwo w czasie czyli kolejność zajmowania poszczególnych okolic przez osutkę.

§. III. B. SYNTEZA OSUTKI.

Poznanie ułożenia, rozmieszczenia, sposobu rozszerzania się i kolejności okolic skóry pozwoli nam na odtworzenie rozwoju i przebiegu osutki w czasie i przestrzeni.

Będziemy się starali znów ułożyć nasze spostrzeżenia w szereg: okolice, gdzie są dominujące, najmłodsze wykwity będą ostatnio zajętemi. Tam gdzie spotykamy najstarsze wykwity, będziemy się dopatrywać punktu wyjścia osutki. Wiadomo, że rozmieszczenie, kolejność zajmowania rozmaitych partyj, bywa patognomoniczną dla pewnych schorzeń. Podobnie i sposób rozszerzania się stanowi niekiedy istotną cechę schorzenia.

§. III. C. WNIOSKI.

a) dalszem naszem staraniem będzie określenie czasu trwania schorzenia na podstawie zebranych spostrzeżeń. Wiek osutki oznaczamy wedle: 1. ilości wykwitów lub ognisk i ich rozsiania, 2. ich wielkości, 3. (w zapaleniach) wedle barwy: żywo czerwona, wysycona czerwona, ciemno-czerwona, brunatno-czerwona, brunatna, 4. stopnia wyniosłości (obrzęk, naciek, neoplasia) względnie spłaszczenia się, 5. zmian wstecznych (łuszczenia się, pigmentacje, zanik, rozpady, owrzodzenia, blizny).

b) Dane uzyskane przez dotychczasowe badanie pozwalają nam pokusić się o rozpoznanie. Niekiedy jesteśmy w stanie skonstruować już pełne rozpoznanie kliniczne, w innych razach musimy się zadowolić tylko diagnozą anatomiczną.

Przykład pierwszy (III. A.): widzę pęcherzyki z treścią surowiczą, niektóre z krwawą, wielkości łebka szpilki, ułożone w grupkach na tułowiu, z jednej strony i na jednej wysokości.

(III. B.). Osutka jest jednoczasową, o jednym typie wykwitów, rozmieszczoną połowiczo, wzdłuż przebiegu jednego nerwu.

(III. C.). *Herpes zoster*.

Przykład drugi (III. A.): widzę osutkę dość gęsto rozsianą na tułowiu i kończynach, złożoną z plamek owalnych, ułożonych dłuższą osią wedle linij podzielności skóry. Barwa jest najżywiej czerwoną na przedramionach, mniej na ramionach i kończynach dolnych, jeszcze mniej na górnej części tułowia. Tutaj niektóre plamki są wyniosłe, twardawe, o barwie miedziano-czerwonej. Na brzuchu plamki są brudnoczerwone i widzi się znacznie więcej guzków wielkości soczewicy, miedziano-czerwonych.

(III. B.). Osutka zaczęła się jako plamista na brzuchu, później wystąpiła na górnej części tułowia, na ramionach i udach, w końcu na przedramionach i podudziach. W miarę trwania osutki wytwarza się naciek przy niektórych plamkach, przeobrażając je w guzki.

(III. C.). Czas trwania osutki około 5—6 tygodni na brzuchu, 4—5 tyg. na górnej części tułowia i t. d. Rozpoznanie: *lues maculo-papulosa* w 13—14 tygodniu od zakażenia.

§. IV. ZWIĄZEK Z NARZĄDAMI WEWNĘTRZNEMI. (*Status internus*).

Skórę musimy uważać za żywy narząd czerpiący swe soki z tego samego źródła co wszystkie inne narządy. Zaburzenia w czynnościach któregokolwiek z narządów wewnętrznych, powodujące nieprawidłowości w biochemizmie ustroju, znajdują swój wyraz na skórze. W jednych wypadkach zaburzenia w narządach wewnętrznych wywołują wręcz zmiany chorobowe na skórze. W innych razach skóra pozostaje pozornie zdrową, ale ulega »przestrojeniu«. Bądź to staje się wrażliwą na bodźce normalnie nieszkodliwe, bądź też staje się przeczuloną w stosunku do niektórych szkodliwości i oddziaływa na nie niestosunkowo silnie. Dlatego nieodzownem jest dla zrozumienia patologji skóry, poznanie stanu i sprawności narządów wewnętrznych.

Przedewszystkiem musimy się zapoznać ze stanem narządów wydalających (nerki, wątroba). Wszelkie upośledzenie ich czynności ciężko odbija się na skórze. Cały aparat ekonomji ustroju, czy to będą gruczoły dokrewne, czy narządy krwiotwórcze, czy układ wegetatywny musi zostać starannie przeszukanym. Procesy ana- jak i kataboliczne zarówno nas obchodzą. Zależność skóry od układu nerwowego dobrze jest

znaną. Serce i układ krwionośny odgrywają w patologji skóry również pierwszorzędną rolę. Z etjologji ogólnej chorób skóry wiemy, że przyczyny schorzeń mogą być pochodzenia zewnętrznego *(noxae externae)* lub wewnętrznego *(n. internae).* Chcąc wyrozumieć wątek i istotę większości schorzeń skórnych musi nowoczesny dermatolog u każdego chorego sporządzić dokładny *status internus.* To mu daje w dużej większości przypadków klucz do klinicznej diagnozy, podstawę do ustalenia przyczyny, do rokowania i racjonalnego leczenia.

Na powyższe twierdzenia można przytoczyć wiele przykładów. Zmiany skórne przy awitaminozach *(pellagra)*, fotodermatozy, jako następstwo uczulenia bądźto wrodzonego *(xeroderma pigmentosum)* bądźto nabytego *(hydroa vacciniformis).* Wypryski u chorych ze skazą moczanową lub szczawianową. Xanthomata przy cholesterynemji, uczulenie skóry przy hiperglikemji, zmiany na skórze przy białaczce, endokrinidy, jak *myxoedema, exanthemata menstrualia et gravidarum, hyperidrosis* u gruźliczych, świąd przy schorzeniach wątroby i podniesieniu parcia krwi i wiele, wiele innych.

Tutaj podkreślić musimy, że odwrotnie znajomość objawów skórnych ma także dużą wartość dla internisty. Naprowadza go często na właściwe tory, zwraca uwagę na niedomogi, którychby inaczej nie podejrzewał.

§. V. BADANIA POMOCNICZE.

Badanie morfologiczne skóry i narządów wewnętrznych nie zawsze daje nam odpowiedzi wystarczające do odtworzenia pełnego obrazu chorobowego, do skonstruowania pełnej diagnozy klinicznej. W takich razach uciekamy się do badań pomocniczych. Mają one zadanie: 1. w jednych razach potwierdzić nasze rozpoznanie (np. badanie histologiczne, bakterjologiczne), 2. w innych wypadkach zapoznać nas z szczegółami drugorzędnemi, towarzyszącemi, równoległemi (eozynofilja przy świerzbie, przy pęcherzycy, cukier w moczu przy xantomatach, seroreakcja przy kile jawnej), 3. w innych jeszcze razach dostarczyć nam szczegółów pierwszorzędnych, o decydującem znaczeniu rozpoznawczem, (obraz krwi przy białaczce, utkanie gruźlicze lub SR+ w wypadkach wątpliwych, wykazanie krętków, gonokokków, grzybków i t. p.).

Dermatologja posługuje się przedewszystkiem inspekcją, dalej palpacją. Przy badaniu narządów wewnętrznych potrzebną nam jest auskultacja. Badania pomocnicze obejmują jeszcze cały szereg innych metod, jako to:

1. B a d a n i e m o c z u chemiczne, oraz mikroskopowe osadów i części morfotycznych.

2. B a d a n i e k r w i cytologiczne i chemiczne (zawartość cukru, cholesteryny, kwasów żółciowych, azotu i t. d.) bakterjologiczne, posiewy i szczepienia na zwierzęta) w końcu serologiczne.

3. B a d a n i a s e r o l o g i c z n e krwi, płynu mózgowordzeniowego, surowicy z wrzodów, gruczołów, wysięków, przesączów i t. d.

4. B a d a n i a b a k t e r j o l o g i c z n e moczu, krwi, innych płynów i wydzielin ustrojowych, dalej produktów znajdujących się na skórze, wreszcie tkanek w głębi położonych. Przy badaniach bakterjologicznych posługujemy się mikroskopem, hodowlami, szczepieniem na zwierzęta, autoinokulacjami.

5. B a d a n i a h i s t o l o g i c z n e tkanki chorobowej służą do poznania stosunków i diagnozy anatomicznej, niekiedy dla potwierdzenia naszego rozpoznania makroskopowego. W wyjątkowych razach mogą być przydatne lub potrzebne dla diagnozy klinicznej.

6. B a d a n i a f i z y k a l n e, jak badanie Roentgenem, badanie ciepłoty skóry, jej przewodzenia elektrycznego i t. p.

7. B a d a n i a b i o l o g i c z n e. Dział bardzo ważny, który znajduje się dopiero w początkach, w okresie tworzenia się. Możnaby je nazwać też badaniem czynnościowem, funkcjonalnem, albo badaniem sprawności narządów.

A) badanie sprawności narządów wewnętrznych (v. §. IV.) n. p. nerek, wątroby.

B) badanie sprawności skóry.

a) wykrywanie stanów allergicznych n. p. odczyny zapomocą tuberkuliny, trichofityny, luetyny i t. p. Próby Walkera, Jaegera.

b)badanie czynnościowe skóry sposobem farmakodynamicznym wedle Gröera (dermoreakcje Gröera).

c) badanie zachowania się skóry w związku z układem wegetatywnym (vago- i sympatykotonja skóry).

d) badanie leukopenji po wstrzyknięciach intradermalnych, wedle Widala-Müllera-Kartamiszewa.

8) W n i o s k o w a n i e *ex juvantibus et nocentibus.* Zdarza się czasem, że ostateczne potwierdzenie rozpoznania daje nam dopiero zachowanie się ogniska chorobowego względem leków swoistych. Jest to pewnego rodzaju odczyn biologiczny. Gdy zmiana ustępuje pod jodem i rtęcią, wnioskujemy o kilakowej naturze schorzenia.

Tutaj zaliczyć też muszę odczyn Jarisch-Herxheimera po Hg., Bi., As. (podobny do reakcji ogniskowej po tuberkulinie, trichofitynie). Podobnie widujemy zaostrzenia n. p. w zapaleniu stawu kolanowego, lub przydatków macicy po szczepionce gonokokkowej i wnioskujemy stąd o naturze swoistej tych zapaleń. To prowadzi nas do metody p r o w o k a c j i dla celów rozpoznawczych. Osobna wzmianka należy się wstrzykiwaniom prowokacyjnym arsenobenzolów, zmieniających SR— na SR+.

§. VI. WYWIADY.

Nie przez zapomnienie umieszczam wywiady dopiero na szóstem miejscu. Owszem czynię to świadomie. Chory bądź to bezwiednie, *bona fide*, bądź też, jak się często dzieje, rozmyślnie, podaje nam fałszywe szczegóły lub zataja inne. Jeszcze gorzej, gdy chory przychodzi z pewną własną koncepcją co do swej choroby, przykrawa odpowiednio swe opowiadanie i stara się nas suggerować. Biada lekarzowi, który nie umie się oprzeć, który się poddaje myślom chorego. Szczególnie dermatolog nie może się mieć dość na baczności, nie może być dość krytycznym w odniesieniu do podań chorego. Zresztą wszystko prawie, co chory może nam powiedzieć, winniśmy w ogólnych zarysach wyczytać ze skóry. I czas trwania i przebieg i przyczynę. Wywiady mogą nam być przydatnemi w następujących wypadkach:

1. dla potwierdzenia szczegółów, któreśmy sami ze skóry wyczytali,

2. dla dodania nowych szczegółów, wypełnienia luk, uzupełnienia obrazu, przez nas samoistnie już (!!) skonstruowanego,

3. w rzadkich przypadkach mogą nam przynieść szczegóły nieznane, pierwszorzędnej wagi, wyjaśniające patogenezę lub etjologję cierpienia.

Takie znaczenie mają n. p. niekiedy wywiady rodzinne, o ile idzie o choroby wrodzone, dziedziczne, lub rodzinne, (genodermatozy). W innych razach sprecyzują nam przyczynę, której ogólną naturę rozeznaliśmy: n. p. stwierdzamy *eczema artefactum ex usu externo medicamenti*, a chory podaje, że nacierał się terpentyną, lub gdy rozpoznaliśmy *erythema toxicum*, a chory podaje, że zażywał *luminal.* Wogóle wywiady mogą nam być pomocnemi przy ustalaniu przyczyny i rokowaniu, wyjątkowo tylko przy rozpoznawaniu.

§. VII. USTALENIE PRZYCZYNY CHOROBY.

Może się komu wyda dziwnem, dlaczego po tem, co powiedziałem, wyznaczam osobny ustęp, pojmuję, jako osobną czynność, ustalanie przyczyny. Wszak i przy badaniu klinicznem i przy badaniach pomocniczych i przy wywiadach zwracaliśmy uwagę na etjologję schorzenia. Niewątpliwie bywa w wielu razach tak, że w poprzednich etapach wyjaśniamy dostatecznie i etjologją i patogenezę cierpienia. W innych przypadkach natomiast może się zdarzyć, że wcześniej dochodzimy do pełnego rozpoznania obrazu istniejącego, niż do zdania sobie sprawy skąd, dlaczego i jak powstał. Postępując metodycznie konstruowaliśmy diagnozę stanu faktycznego z nieubłaganą konsekwencją. Jednak co się tyczy etjologji i patogenezy zebraliśmy tylko luźne spostrzeżenia. Otóż teraz nadchodzi właściwy moment, aby te spostrzeżenia zrewidować, uporządkować i powiązać w łańcuch logiczny. Idzie

tu nie o osutkę, ale o chorobę. Wyjaśnię na przykładach o co mi idzie.

Przykład pierwszy: Osutkę istniejącą na skórze rozpoznaliśmy, jako *trichophytię*. Badaniem mikroskopowem, znalezieniem grzybków potwierdziliśmy rozpoznanie. Możemy jeszcze zastanowić się nad źródłem zakażenia. Po za tem dalsze rozważania nad przyczyną schorzenia są nam zbędne,

Przykład drugi: Istniejącą osutkę rozpoznałem, jako *pityriasis versicolor*. Mikroskopem wykazałem grzybki *microsporon furfur*, będące przyczyną tego schorzenia. Wiadomo jednak, że nie wszyscy ludzie dostają pstry łupież, mimo iż jest tak częstym, że grzybek przeszczepiony nie na każdej skórze się przyjmuje. Tylko u niektórych osobników przedstawia skóra podglebie dlań korzystne. Liczne spostrzeżenia pouczyły nas, że *pityriasis versicolor* spotykamy prawie wyłącznie u gruźliczych. I oto wyłania się prawda, że do powstania *pityriasis versicolor* potrzebnym jest zbieg dwóch momentów: obecności grzybka i skóry podatnej, zmienionej odpowiednio przez jady gruźlicze.

Przykład trzeci: Chory podlega łatwo zakażeniom ropnym, które przebiegają u niego nader ciężko, wiodąc często do zgorzeli. Nie możemy się zadowolić wykazaniem streptoczy staphylokokków. Bakterje ropne są przecież ogromnie rozpowszechnione, spotykamy je niemal na każdej skórze zdrowej. Stąd jednak do pyodermji daleko. Badając starannie chorego znajdujemy cukier w moczu. Łączymy te dwa spostrzeżenia i powiadamy, że cukromocz (ściślej hiperglikemja) sprowadził nadmierną wrażliwość skóry na zakażenia ropne. Chcąc leczyć przyczynowo, niedość usunąć bakterje, niedość usunąć cukromocz. Należy wykryć i usunąć przyczynę ostateczną (n. p. *pancreatitis gummosa)*.

Przykład czwarty: Chory dostaje co wiosny osutki, którą rozpoznajemy, jako *hydroa vacciniformis Bazin*. Poszukiwania wykazały nam, że momentem wywołującym erupcję były wiosenne promienie słoneczne. Czy mogliśmy ten niewątpliwy moment przyczynowy uważać za ostateczną przyczynę? Nie! Szukaliśmy więc dalej. W niektórych przypadkach stwierdziliśmy obok zmian na skórze haematoporphyrinurją. W innych razach, gdy nie było haematoporphiryny w moczu, znaleźliśmy haematoporphirynogen we krwi. Nasunęło się podejrzenie, że haematoporphyrinogen we krwi krążący zrobił skórę wrażliwszą niż zwyczajnie na promienie słoneczne. Znaleźliśmy przyczynę erupcji, nie znamy ciągle jeszcze przyczyny choroby.

Ustalenie przyczyny ma więc znaczenie: *a)* dla rokowania, *b)* dla racjonalnego leczenia, *c)* jako czynnik postępu, pogłębiający zrozumienie skórnych obrazów chorobowych.

§. VIII. ROKOWANIE.

O znaczeniu, potrzebie, umiejętności rokowania nie będę się rozpisywał. Nie wchodzi to w obręb, zakreślonych nadpisem rozważań. Podnieść tylko pragnę, że w metodycznem postępowaniu teraz dopiero przychodzi odpowiednia chwila do rokowania. Prace wykonane pod I. — VII. dają nam realne podstawy do uzasadnionego rokowania.

§. IX. LECZENIE.

Powodzenie leczenia jest zawisłem od dobrego rozpoznania. Leczenie przyczynowe wymaga poznania poprzednio etjologji i patogenezy schorzenia. Nie można zabierać się do leczenia nie wykonawszy poprzednio prac, jakie w logicznem następstwie przedstawiłem. Metodyczne przejście etapów myślowych stwarza podstawy do rozwinięcia rozumnego programu leczenia.

* * *

Rozważania moje dobiegły do kresu. Część uwag to starzy znajomi. Celem moim było po pierwsze: rozłożyć i wydobyć na jaw procesy myślowe, które odbywają się w czasie tworzenia rozpoznania dermatologicznego. Powtóre: ułożyć je w łańcuch logiczny. Po trzecie: położyć nacisk na metodykę postępowania rozpoznawczego, jako najpewniejszą drogę w diagnostyce dermatologicznej.

W zakończeniu nie mogę pominąć, że pierwszy impuls do urobienia sobie takiej metodyki dały mi prace Philippson'a (Palermo), Nikolski'ego (Rostów n/D) i Bettmann'a (Heidelberg).

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

Wartość odczynu zmętnienia Meinickiego (M. T. R.*) w serodiagnostyce kiły.

Z Instytutu Weterynarji i Med. Dośw. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor: Prof. dr. Juljan Nowak).

Serodiagnostyka kiły wzbogaciła się w ostatnim czasie nowym odczynem kłaczkującym, który dzięki możności łatwego i szybkiego wykonania znajdzie prawdopodobnie niebawem ogólne zastosowanie. Odczyn zmętnienia Meinickego, ulepszany ustawicznie i opracowany ostatecznie w szczegółach z początkiem zeszłego roku, poprzedziło spostrzeżenie Meinickego, poczynione jeszcze w czasie wojny, że lipoidy, zawarte w antigenie kiłowym, wypadają z globulinami surowicy, i to tak kiłowej jak normalnej. Strąty surowic normalnych ulegają rozpuszczeniu pod wpływem czynników, zwiększających dyspersję ciał białkowych, jak n. p. hipertoniczny roztwór soli kuchennej, podczas gdy strąty surowic kiłowych są nieodwracalne i nie rozpuszczają się w roztworach hipertonicznych. Tak powstała pierwsza metoda Meinickego (1917), metoda dwufazowa, która mimo dobrych wyników, nie znalazła na ogół zastosowania, właśnie dzięki niedogodnościom, wynikającym z pracy w dwu etapach. Tę usterkę usunęła niebawem tak zwana III. modyfikacja (D. M.), gdzie technikę dwu-fazową zastąpiła jednofazowa. Dodanie do antygenu balsamu tolutańskiego ulepszyło znacznie technikę, dając ostatecznie odczyn zmętnienia (M. T. R.).

Zanim przejdziemy do rozpatrzenia naszych wyników, podamy pokrótce technikę odczynu. Technika ta, jak wspomniano powyżej niezmiernie prosta i łatwa, polega na dodaniu do 0.2 cm^3, odwirowanej surowicy czynnej — 1 cm^3 antygenu, odpowiednio rozcieńczonego hipertonicznym (3%) roztworem soli kuchennej (w stosunku 1:11). Tak roztwór soli, jakoteż antigen, należy uprzednio podgrzewać przez 10 minut w cieplocie 40 do 45° C. poczem szybko zmieszać i natychmiast dodać go do surowicy badanej. Do probówki kontrolnej dodajemy uprzednio kroplę 40% formaliny. W krótki czas potem występuje w surowicach kiłowych wyraźne zmętnienie, dające się odczytać gołem okiem. Probówki z surowicami niekiłowemi i probówki kontrolne, trzymane w odległości około 2-ch metrów od okna, pozwalają nam widzieć dokładnie ostro cięty krzyż ramy okiennej.

Mimo całej prostoty, udatne wyniki odczynu zmętnienia, zależą od wielu czynników, których należy ściśle przestrzegać. W pierwszym rzędzie probówki i pipety powinny być bezwzględnie czyste. Ślad kwasów lub zasad może dać powód do przykrych pomyłek. Przy badaniach naszych posługiwaliśmy się z dobrym skutkiem probówkami, używanemi w pracowniach do odczynu Wassermanna (w 1 cm^3).

Surowicę badamy w stanie czynnym, odwirowaną na wirówce elektrycznej, o obrotach około 3.000 na minutę, wystarczy podług naszych spostrzeżeń, wirowanie przez 1 minutę. Początkowo używaliśmy 0.2 cm^3 surowicy i 1 cm^3 rozcieńczonego antigenu kiłowego, później stale 0.1 cm^3 surowicy i 0.5 cm^3 rozcieńczonego antigenu. Przy znacznej ilości surowic odgrywa to dużą rolę, a nie wpływa zupełnie na swoistość i przejrzystość wyników. Do badań nadają się wszystkie surowice bez wyjątku, a zatem zarówno hemolityczne jak i żółtaczkowe.

W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się, wyłącznie oryginalnym antigenem kiłowym, ustalonym i wypróbowanym na szeregu surowic przez Meinickego, sprowadzonym z Niemiec (Adler-Apotheke, Hagen in Westphalen. Originalextrakt für Dr. Meinickes Trübungsreaktion auf Syphilis [M. T. R.]). — Otrzymaliśmy stamtąd dwa wyciągi, jeden o słabszem stężeniu, drugi silniejszy. Wyniki, otrzy-

*) Dr. Meinickes. Trübungsreaktion auf Syphilis. (M. T. R.).

mane z antigenem słabszym, naogół równie dobre, były nieco czulsze. Antigen ten dawał większą ilość wyników wątpliwych, które zmuszały nas do przesunięcia terminu odczytania niejednokrotnie do dwóch godzin. W przeważnej ilości przypadków wyniki dodatnie występowały po kilkunastu minutach, dając po jednej godzinie możność łatwego i przejrzystego odczytania. Surowice normalne, niekiłowe, pozostawały zupełnie przejrzyste. Zmętnień powstałych po dwóch godzinach stosownie do wskazówek Meinickego, nie uwzględnialiśmy; odczytywaliśmy stale przy świetle dziennem. Odczytywanie wyników przy świetle sztucznem nastręczało znaczne trudności.

Materjał nasz, obejmujący 1.000 surowic, otrzymywaliśmy z filji Państwowego Zakładu Higjeny, z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell. i pracowni bakterjologicznej Szpitala Okręgowego W. P.; płyny mózgowo-rdzeniowe z kliniki psychjatrycznej. Wyniki odczynu Meinickego porównywaliśmy z wynikami odczynu Wassermanna czynnego (P. Z. H.), i wynikami odczynu Wassermanna z surowicą unieczynnioną (10 minut przy 56°C.) (Szpital Okręgowy W. P.). Z surowicami kliniki dermatologicznej wykonywaliśmy w większości przypadków (na 300 surowic) obok odczynu Meinickego i odczynu Wassermanna czynnego i klasycznego, w kilkudziesięciu przypadkach, serologicznie wątpliwych, lub klinicznie szczególnie ważnych, również odczyn Hechta.

Klinicznie rozpada się nasz materjał na następujące grupy:

Lues suspecta	271	przypadków
Lues primaria	108	»
Lues secundaria	137	»
Lues tertiaria	25	«
Lues cerebri	11	«
Lues peracta, asympt. (kiła po ukończeniu leczenia, kiła utajona)	350	»
Metalues (Paralysis progr., tabes dorsalis)	35	»
Okres laktacji (mamka)	14	»
Gruźlica skóry	7	»
Abortus habitualis	2	»
Partus praematurus	2	»
Varia	38	»

Na 38 przypadków varia przypadają:

Guz w mediastinum	1
Psoriasis	1
Ulcera cruris	2
Posocznica	1
Impetigo contagiosa	1
Neuritis optica	1
Carcinoma prostatae	1
Pemphigus neonatorum	1
Wyprysk rąk	1
Ulcus molle	3
Condyloma acuminata	3
Neurastenia	5
Gonorrhoea	2
Urticaria	5
Choroby umysłowe (etjologji niekiłowej)	12

Wyników zgodnych otrzymaliśmy na 1.000 przypadków 873, co stanowi 87.3%, z tego:
Odczyn Wassermanna + Meinickego + 320.
» » —, » —, 553.
Wyników niezgodnych otrzymaliśmy 127, co stanowi 12.7%, z tego:
Odczyn Wassermanna +, Meinickego —, 38.
» » —, » +, 89.

Po szczegółowem rozpatrzeniu otrzymanych wyników przypada na 38 przypadków dodatniego odczynu Wassermanna, a ujemnego Meinickego:

na Lues suspecta	10	(Wszystkie z Wassermannem czynnym)
Lues I.	2	(Wszystkie z Wassermannem czynnym)
Lues II. w ciągu leczenia	1	(Wasserman z surowicą unieczynnioną)
Lues per-acta asymptomat.	21	(15 Wassermannów czynnych + 6 nieczynn.)
Impetigo contagios.	1	(Wassermann czynny)
Condylomata acumin.	1	(« »)
Mamka	1	(« »)
Metalues	1	(« »)

Impetigo contagiosa, condylomata, acuminata i mamka, dodatnie przy odczynie Wassermanna czynnym, musiały odpaść a wyniki dodatnie uznano za wyniki nieswoiste, wobec braku objawów kiłowych i ujemnych wywiadów. Odczyn Wassermanna klasyczny, wykonany z temi surowicami dał wyniki zgodnie ujemne. W tych trzech przypadkach odczyn Meinickego okazał wyższość nad odczynem Wassermanna czynnym, wskazując na nieswoiste zahamowanie.

Nie jest to bez znaczenia wobec faktu, że pracownie bakterjologiczne pracują niejednokrotnie wyłącznie z surowicami czynnemi. Porównanie wyników, otrzymanych z odczynem Wassermanna czynnym, z wynikami odczynu zmętnienia może nieraz przestrzedz przed nieswoistem zahamowaniem przy odczynie Wassermanna czynnym i przed fałszywem rozpoznaniem, co dla badanego nie jest rzeczą obojętną.

Pominąwszy dziesięć przypadków lues suspecta, gdzie nie można było ustalić, czy podejrzenie w kierunku kiły okazało się słusznem, widzimy, że odczyn Wassermanna czynny okazał się siedmnaście (17) razy czulszym od odczynu Meinickego, odczyn zaś Wassermanna klasyczny 8 razy.

Na 89 przypadków dodatniego odczynu Meinickego przy równocześnie ujemnym odczynie Wassermanna przypada:

na Lues suspecta	19
» Lues I.	10
» Lues II.	6
» Lues III.	2
» Lues per-acta asym.	43
« Lues hereditatia	3
« Mamki	3
« Posocznica	1
« Lupus vulgaris	1

Nieswoiste wyniki dodatnie, przemawiające na niekorzyść odczynu Meinickego, otrzymaliśmy zatem 5 razy a to:

u mamek	3
w posocznicy	1
w lupus vulgaris	1

W tym ostatnim przypadku odczyn Wassermanna czynny dał wybitne zahamowanie, a hemoliza z surowicą nieczynną szła bardzo wolno. Klinicznych objawów kiły nie było. Wywiady w kierunku lues ujemne.

Chcąc oceniać wyniki możliwie bezstronnie, musimy odrzucić 19 przypadków lues suspecta (4 razy odczyn Wassermanna czynny, + 15-razy odczyn Wassermanna klasyczny), wskutek niemożności sprawdzenia rozpoznania klinicznego.

W 65 przypadkach odczyn Meinickego okazał się czulszym, a to:

w 55 przypadkach czulszym od odczynu Wassermanna klasycznego,

w 10 przypadkach czulszym od odczynu Wassermanna z surowicą czynną.

Zasługują tutaj na wyszczególnienie przypadki kiły leczonej, bezobjawowej, utajonej, dalej trzy przypadki lues hereditaria, dwa abortus habitualis i dwa partus praematurns, wszystkie z dodatniemi wywiadami w kierunku kiły. Porównanie wyników odczynu Wassermanna klasycznego z wynikami odczynu zmętnienia po-

zwoliło skierować tych chorych na właściwą drogę. A zatem i dla pracowni, operującej wyłącznie surowicami unieczynnionemi, odczyn Meinickego wykazał swą użyteczność.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć w krótkich słowach o odczynie zmętnienia w zastosowaniu do płynów mózgowo-rdzeniowych, jakkolwiek Meinicke mówi wyłącznie o surowicy krwi.

Z 10-ciu badanych płynów mózgowo-rdzeniowych przypada klinicznie na:

Lues II	1
Lues peracta	1
Metalues	1
Choroby nerwowe i umysłowe, etjologji niekiłowej	7

Na 10 wyników ujemnych, tak z płynem czynnym jak unieczynnionym, dał odczyn Meinickego 9 razy wyniki dodatnie. Okazał się zatem nieswoistym w działaniu i nie może mieć zastosowania przy płynach mózgowo-rdzeniowych.

Streszczenie.

Odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) wykonano równocześnie z odczynem Wassermanna na materjale, obejmującym 1.000 surowic. Przy łatwej technice i przejrzystości wyników odczyn ten okazał się wysoce swoistym. Na 1.000 surowic otrzymano 5 wyników dodatnich nieswoistych. Do badania płynów mózgowo-rdzeniowych odczyn Meinickego nie nadaje się. Odczynu Wassermanna nie może zastąpić. Wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna czynnym, może niejednokrotnie uchronić przed nieswoistemi wynikami, spotykanemi przy surowicy czynnej; wykonany równocześnie z odczynem Wassermanna z surowicą unieczynnioną, wskaże, jako czulszy, szereg przypadków, w których odczyn Wassermanna klasyczny zawodzi. Przy wynikach wątpliwych może, jako wysoce swoisty, odegrać rolę rozstrzygającą.

Piśmiennictwo.

1) Deutsche Med. Wochenschr. 922. Nr. 12, Deutsche Med. Wochenschr. 1923. Nr. 2. Deutsche Med. Wochenschr. 1923. Nr. 13, Klin. Wochenschr. 1924 r. Nr. 3. Münchner Med. Wochenschr. 1924, Nr. 17. Beitrage zur Klinik der Tuberkulose Bd. 56.

Z praktyki.

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI, lekarz-asystent. Bielszowice G. Śląsk.

Endocarditis acuta gripposa.

Z lecznicy Brackiej w Bielszowicach.
Lekarz naczelny: r. s. Dr. Uloth.

Ostre schorzenia wsierdzia mają w przygniatającej swej większości przyrodę gośćcową (Coombs, Picton), po dziś dzień pod względem bakterjologicznym niewyjaśnioną. Nieliczne odsetkowo przypadki wywołane są przez zakażenie gronkowcami, paciorkowcami, pneumokokami, dwoinkami tryprowemi lub szeregiem innych drobnoustrojów chorobotwórczych. Ostre więc zapalenie wsierdzia jest w ostatnich przypadkach jednym z objawów zakażenia ogólnego, które doprowadziło do usadowienia się drobnoustrojów w tym właśnie narządzie (Aubertin). Zapalenie wsierdzia tworzy też bardzo często w obrazie klinicznym zakażenia ogólnego tak ostrego jak i przewlekłego punkt centralny zespołu objawowego zarówno ze względu na mechanizm chorobowy, jak i znaczenie rokownicze. Wspomnę tu tylko o niektórych powikłaniach ostrego zapalenia wsierdzia i to nietylko wrzodziejącego ale i brodawkowego, jak zatory różnych ważnych narządów a więc nerek, naczyń krezkowych lub kończyn i t.p., które przebieg cierpienia czynią nader często ciężkim i poważnym.

Powikłanie grypy ostrem zapaleniem wsierdzia nie jest częstem a Müller, a z nim i szereg innych autorów (Cona, Son, Aubertin) podkreślają tę rzadkość tego powikłania także i odnośnie do grypy o ciężkim przebiegu. Tyczy się to w równej mierze i wikłających grypę ostrych schorzeń mięśnia sercowego. Do najbardziej też znanych postaci grypy należy postać:

1. bez szczególnych miejscowych objawów,
2. płucna,
3. nerwowo-gośćcowa,
4. żołądkowo-jelitowa,
5. toksyczna i
6. mózgowa.

Postać, w której objawy sercowe t. j. zajęcie wsierdzia ostre znajdują się na planie pierwszym, jest mało opisaną tak w naszem, jak i zagranicznem piśmiennictwie fachowem i dlatego uwagi kliniczne nad 28 przypadkami spostrzeganemi w tut. lecznicy przyczynić się mogą do rozszerzenia zarówno znajomości symptomatologji schorzeń grypowych, jak i ostrych schorzeń wsierdzia. Nazwy grypa i grypowe zapalenie wsierdzia używam celowo i świadomie, a to dlatego, że nazwa ta w niczem nie przesądza bakterjologicznej istoty znanego nam dobrze zespołu chorobowego, czego nie można powiedzieć o »influency«, tembardziej, że drobnoustrój wywołujący »influencę«, pozostaje po ostatnich i systematycznych badaniach bakterjologicznych znanej pandemji grypy w dalszym ciągu spornym, w każdym zaś razie nie jest nim bez dużych zastrzeżeń prątek Pfeifferowski. Pojęcie grypy jest pojęciem *par excellence* klinicznem i jako takie oddaje doskonałe usługi kliniczne przy odróżnianiu tej grupy charakterystycznych objawów chorobowych od podobnych spraw zakaźnych.

W lutym i marcu b. r. w związku ze znanemi przesileniami atmosferycznemi (dnie ciepłe a słoneczne z następującemi mrozami i śnieżycą, po nich znowu odwilż i deszcz) obserwowano wśród świeżo przybyłych chorych 28 przypadków, które przez swoje podobieństwo i grupowe zjawianie się zwróciły szybko na siebie uwagę. Chorzy w wieku 17 do 35 lat, którzy nigdy gośćca stawowego ani innych schorzeń zakaźnych nie przebywali, zgłaszali się na oddział z powodu »przeziębienia«. W wywiadach podawali prawie jednozgodnie, że choroba obecna rozpoczęła się przed kilku dniami (2—7) nieżytem nosa, kaszlem suchym i kłuciem w piersiach, szczególnie po stronie lewej. Z objawów ogólnych wspominali u siebie o bólach i zawrotach głowy, osłabieniu ogólnem z brakiem łaknienia. Skargi na nieżyt nosa, kaszel i dolegliwości piersiowe powtarzały się z uderzającą monotonnością. Bóle piersiowe umiejscawiali niektórzy chorzy między łopatkami lub »w krzyżach« i wpływ na nasilenie bólów tak kaszlu, jak i głębokich oddechów nie zauważyli. Kaszel miał charakter niedokuczliwy, ranny, połączony z odpluwaniem skąpej treści śluzowej. W jednym przypadku skarżył się nadto chory na krwioplucie w pierwszych dniach choroby, 1 na uczucie drapania w gardle, 1 na zadyszkę przy ruchach a 5 na zaparcie stolca. Przypadłości jakichkolwiek sercowych (bicie serca, ściskanie koło serca i t. p.) chorzy u siebie nie zauważyli, podobnie jak gorączki, dreszczów, potów lub objawów zapalnych w zakresie stawów kończyn (bóle, obrzęki).

Badanie przedmiotowe chorych wykazywało nieżytowe zapalenie śluzówek nosa, gardzieli, tchawicy oraz oskrzeli. W 3-ch przypadkach badanie fizykalne wykazało małe ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc — wszystkie w prawym dolnym płacie. Skóra w otoczeniu otworów nosowych była zaczerwieniona, oddechanie nosem utrudnione lub wręcz niemożliwe, śluzówka łuków podniebiennych i migdałków gardzielowych nieco zaczerwieniona i rozpulchniona, śluzówka tchawicy (badanie wziernikowe) również nieżytowo zmieniona. Przy osłuchiwaniu płuc stwierdzić można było objawy suchego nieżytu oskrzeli. Ciepłota ciała wahała się w granicach między 36·9 a 37·8° C. Plwocina pod względem ilości — skąpa, śluzowa, ciągnąca się, bezwonna; w preparacie pod drobnowidem śluz, nieliczne nabłonki i wielojądrzaste krwinki białe, oraz skąpa flora bakteryjna w postaci ziarniaków. Prątków kwasoodpornych — brak. Ilość białka w plwocinach niezwiększona.

Już przy oglądaniu rzucał się w oczy objaw, który wskazywał na jakąś nieprawidłowość w ośrodkowym narzą-

dzie krążenia. Była to lekka sinica na wargach i tętnienie naczyń na szyi oraz w dołkach podobojczykowych, dla których brakło takich przyczyn jak nerwice, błednica, miażdżyca, gorączka, zaburzenia dokrewne i t. p. Badanie dokładniejsze wykazywało, że chodziło tu o skurczowe tętnienie tętnic dogłowowych i podobojczykowych oraz przedskórczowe tętnienie powierzchownych żył szyjnych. Objaw ten występował bardzo wyraźnie u wszystkich chorych w czasie zupełnego spokoju, w położeniu pionowem i poziomem badanych i to, rzecz ciekawa, często na kilka dni przed zjawianiem się przysłuchowych objawów nad sercem, które pozwalały na przyjęcie organicznego schorzenia zastawek. Tętnienie to było miarowe i miernie przyśpieszone. W okolicy serca stwierdzić można było oglądaniem i obmacywaniem w części tylko przypadków (11 chorych) — tętnienie końca serca rozlane (3—4 opuszek palców w obu kierunkach), podnoszące, miarowe, współczesne ze skurczem serca, umiejscowione w V-tym lub VI-tym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz lub też w samej lewej linji sutkowej. W 2-ch przypadkach okolica serca wykazywała falowanie. Granice wypukowe serca — prawidłowe, za wyjątkiem kilku przypadków gdzie granica lewa znajdowała się w lewej linji sutkowej lub o 1 palec na zewnątrz od niej. Osłuchiwanie serca w postawie pionowej wykazywało odchylenie w postaci zwiększenia głośności I-go tonu nad końcem serca i zaakcentowanie II-go tonu nad tętnicą płucną. Badanie natomiast chorych w położeniu leżącem wykazywało:

w 10 przypadkach w pierwszym dniu obserwacji,
w 16 » » drugim » »
w 2 » » trzecim » »

nad końcem serca a jeszcze częściej w II lub III-cim przestworze, międzyżebrowym tuż przy mostku głośny szmer skurczowy, zajmujący cały okres systoliczny, chuchający, udzielający się nad tętnicą główną lub płucną a połączony z wyraźnem zaakcentowaniem II-go tonu nad miejscem osłuchiwania tętnicy płucnej. Szmery wspomniane bardzo często słyszalne były dopiero po wykonaniu przez chorego paru energicznych ruchów. Tętno zazwyczaj miernie przyśpieszone około 98 uderzeń na 1 minutę, średnio wypełnione, miarowe, o napięciu obniżonem. Badanie sprawności serca przez wykonanie 10 przysiadów w $1/4$ minuty wykazywało zawsze pewien stan niewydolności serca: duszność, nagłe podniesienie ilości tętna o przeszło 20 fal na 15 sekund i powrót do poprzedniej ilości po 2—3 minutach, zwiększenie się sinicy na wargach i końcach rąk i nóg.

Skóra, szczególnie na twarzy blada, nieraz z odcieniem żółtawym. Pozatem badanie narządów jamy brzusznej (śledziona niepowiększona), nerek (białkomoczu brak), stawów i układu nerwowego — nie wykazywało żadnych szczególnych odchyleń od stosunków przeciętnych. Ciepłota ciała w czasie parotygodniowej obserwacji wahała się prawie w granicach normy. Samopoczucie chorych i stan ogólny w czasie tym był dobry. Szmery sercowe utrzymywały się stale, w postaci niezmienionej, wykazując równocześnie wszelkie cechy organicznych szmerów sercowych. Posiewy krwi wykonane tak w pierwszych dniach choroby, jak i w czasie obserwacji nie dały żadnych wyników godnych podkreślenia. W każdym razie w żadnym z przypadków nie wyhodowano ani paciorkowców, ani gronkowców. W jednym n. p. przypadku udało się wyhodować Gram + laseczkę, ruchomą, beztlenową, niezarodnikującą. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę. Obraz krwi podług Schillinga przesunięty nieznacznie w lewo. Zastosowane środki salicylowe, między innemi i atophanyl, nie dały żadnej szczególnej poprawy stanu chorobowego.

Jak z powyższych danych wynika mieliśmy u badanych do czynienia z ostrem schorzeniem wsierdzia, które klinicznie objawiało się niedomykalnością zastawki dwudzielnej i niesprawnością serca, schorzeniem zresztą o przebiegu dobrotliwym. Taki przebieg *endocarditis acuta* jest znany i w nierzadkich wypadkach, dopiero szczegółowe badanie narządu krążenia pozwala lekarzowi wykryć ją, podczas gdy ani podania chorego ani stan ogólny nie wskazują na jakiekolwiek schorzenia serca. Taki obraz odpowiada objawom brodawkowatego zapalenia wsierdzia a nie zapalenia wrzodziejącego, z towarzyszącemi mu burzliwemi objawami ciężkiej sprawy zakaźnej. W opisanych wyżej przypadkach uderza jednak wystąpienie ostrego schorzenia wsierdia w ścisłym związku z zakażeniem grypowem. Obraz ten przypomina w zupełności przypadki nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych u oseskόw, gdzie po okresie nieżytowym, zaznaczonym często tylko lekkiem zajęciem nosa, gardzieli i oskrzeli występują nieoczekiwanie objawy oponowe. Ileż to razy zresztą szczegółowe badanie układu nerwowego i płynu mózgo-rdzeniowego wykazuje u dzieci z nieżytem dróg oddechowych ciężkie i już daleko posunięte swoiste schorzenie opon. Podobnie w naszych przypadkach szereg chorych, którzy zgłaszali się w dalszych dniach choroby z przebytą lub jeszcze trwającą »grypą«,, skierowani przez lekarzy na tut. oddział, przy dokładnem badaniu i zwróceniu szczególnej uwagi na stan serca — wykazywali ostre schorzenie wsierdzia.

W rozpoznaniu etjologji opisanych przypadków ostrego schorzenia wsierdzia odrzucić musimy przedewszystkiem tło gośćcowe a to ze względu na zupełny brak zmian stawowych lub surowicówek (opłucna, osierdzie), jakkolwiek trzeba przyznać, że zdarzają się i pierwotne, gośćcowe schorzenia wsierdzia. Szczątkowe jednak objawy zajęcia błon stawowych dają się przecież wykryć w postaci bolów stawowych obok zmian i dolegliwości mięśniowo-nerwowych (Coombs, Pichon). Tak samo, nie możemy przyjąć rozwoju schorzenia wsierdzia na tle zakażenia ogólnego, głównie przez paciorkowce lub gronkowce, bo i stan ogólny chorych i wyniki badań bakterjologicznych do przyjęcia tego rodzaju zakażenia nie uprawniają. To samo można powiedzieć o zapaleniu wsierdzia w następstwie mieszkowego zapalenia migdałków (*angina follicularis)*, postaci względnie częstej, jako że migdałki u naszych chorych żadnych wybitniejszych zmian zapalnych ostrych lub nawracających nie okazywały. Trudno również przyjąć zakażenie wychodzące z ropnych zmian skórnych (*pyodermatoses)*, ucha środkowego lub zakażenie durowe, wiewiórowe, pneumokokowe (zapalenie płuc) i t. p. z braku odnośnych danych. Natomiast zupełnie widomym jest w naszych przypadkach związek schorzenia wsierdzia z grypowem zapaleniem dróg oddechowych, tworzącem niejako wrota dla zakażenia wsierdzia drobnoustrojami, których natury bliżej określić nie mogliśmy. Ale czy wykazanie w tych przypadkach jakiegoś drobnoustroju rozświetliłoby całe zagadnienie — to kwestja. Wszak schorzenia grypowe dróg oddechowych mogą być wywołane i przez pneumokoka i przez meningokoka i przez *bacil. influenzae* i przez *streptotoccus mucosus* i t. p. a jednak istotną rzeczą pozostanie mechanizm całego zakażenia, całokształt obrazu klinicznego, który i bez szczegółowych poszukiwań bakterjologicznych pozwala nam odróżnić opisaną wyżej grypową postać ostrego schorzenia wsierdzia od takiego wywołanego przez zakażenie posocznicowe, durowe czy gośćcowe nie mówiąc już o innych. Na tej samej wszak zasadzie rozpoznaje klinicysta z całokształtu objawów *bronchopneumonia,* czy *pneumonia gripposa* lub *colitis gripposa*, nie siląc się bynajmniej na ściślejsze określenie bakterjologicznej natury zakażenia płucnego czy jelitowego, ponieważ znalezienie któregokolwiek z szeregu drobnoustrojów, wywołujących zakażenie grypowe, nie wiele zmieni ani jego stanowisko diagnostyczne ani terapeutyczne. Przedstawione zaś przypadki grypowego zapalenia wsierdzia dowodzą tylko, że należy zwrócić baczną uwagę na możliwość kombinacji zachorzenia obu układów t. j. oddechowego i krążenia w przebiegu zakażenia grypowego o lekkim względnie przebiegu, na istnienie »sercowej« postaci grypy, która po nagromadzeniu odpowiedniej ilości podobnych przypadków przez innych obserwatorów, okaże się może jako rys charakterystyczny (*»genius morbi«)* szerzących się w roku bieżą-

cym z powodu szczególnych warunków atmosferycznych zachorzeń grypowych.

Piśmiennictwo.

1) Aubertin E.: Le développement de l'infection baccilaire chez l'homme 1923. — 2) Cooms, C. F.: Rheumatic heart disease, 1924. — 3) Pichon: Le Rhumatisme cardiaque e'volutif et son traitement 1924. — 4) Son R. F.: Antreatise on influenza. London 1923. — 5) Conn H. W. i H. J.: Bacteriology. Baltimore 1924. — 6) Bronowski: Epidemja grypy w latach 1918—1920 Warszawa. — 7) Herzog G.: Zur Bakterjologie der Influenza. Münch. Med. Woch, 1919, Str. 121. — 8) Dörbeck Fr.: Die Influenza pandemie des Jahres 1918. Deutsch. med, Wochenschr. 1919. Str. 716.

W. JANUSZ, asystent Zakładu. Lwów.

Pierwotny mięsak śledziony.

Z Zakładu Anatomji patologicznej U. J. K. we Lwowie. (Dyrektor Prof. Dr. W. Nowicki).

»Pierwotne nowotwory śledziony należą do wielkich rzadkości« pisze Czernecki w swojej monografji »Fizjologja i patologja śledziony«. Zdanie powyższe oparte jest na statystycznych danych anatomicznych, wykazujących zaledwie kilka odosobnionych przypadków, w piśmiennictwie lekarskiem. Adolph do niedawna był w stanie zebrać zaledwie 20 przypadków pierwotnego mięsaka śledziony z wszechświatowego piśmiennictwa, a w latach ostatnich przybyło jeszcze kilka nowych.

Z pierwotnych nowotworów śledziony należy mięsaka uważać za nowotwór najważniejszy, przyczem należy go jednak odróżnić od mięsaka chłonnego *(lymphorsarcoma)*.

W materjale sekcyjnym tutejszego Zakładu miałem sposobność spostrzegania również pierwotnego nowotworu śledziony, którego opis podaję poniżej a to z powodu jego rzadkości i rozległości zmiany samej.

W przypadku tym za życia rozpoznano przypuszczalnie pierwotny nowotwór śledziony. Dotyczy on mężczyzny l. 61, wyzn. mojż., z zawodu ekonoma. Wywiady nie przedstawiają nic godnego uwagi, przebieg zaś kliniczny nie wykazuje żadnych szczegółów ważniejszych. Chory bez określonych skarg zgłosił się do lekarza z powodu uczucia ciężaru w podżebrzu lewem: badanie kliniczne zaś stwierdziło u niego guz, wychodzący najprawdopodobniej z okolicy śledziony o postaci niedającej się ściśle określić.

Na to zatarcie postaci śledziony należy zwrócić uwagę, gdyż wszelkiego rodzaju nienowotworowe powiększenia śledziony w przeciwstawieniu do powiększeń nowotworowych nie zmieniają zwykle charakterystycznej postaci tego narządu nawet mimo jej znacznych rozmiarów, co jest znamienną cechą różniczkową w rozpoznawaniu klinicznem.

Po kilkudniowym pobycie w szpitalu, w ciągu którego stan stale się pogarszał, chory umarł.

Sekcja: Nr. 293/24, wykonana w 16 godzin po śmierci, wykazała, co następuje (ograniczam się tylko do opisu narządów:

Przy oględzinach zewnętrznych uderza niejednostajnie wypuklenie powłok jamy brzusznej, zwłaszcza po stronie lewej. Odżywienie jest podupadłe. Na skórze stwierdza się skąpe plamy pośmiertne o zwykłem umiejscowieniu. Po otwarciu jamy brzusznej wylewa się z niej blisko litr mętnego płynu surowiczego bursztynowego; otrzewna ścienna, jakoteż jelitowa, jest zmętniała i przekrwiona. W miejscu przecięcia powłok brzusznych z pod lewego podżebrza wydostają się nowotworowe masy białawe, będące w ścisłej łączności ze śledzioną. Śledziona jest wybitnie ciężka i powiększona: długa 22 cm, szeroka 10 cm, gruba 8 cm. Przy oglądaniu śledziony można wyróżnić dwie części odrębne, w górnym biegunie wąziutki rąbek zachowanego jeszcze miąższu śledzionowego a dalej rozległe masy nowotworowe rdzeniaste. zajmujące resztę narządu. Powierzchnia zewnętrzna tych mas nowotworowych jest groniasta, o wyniosłościach nierównych, przeważnie kragławych. Od tyłu masy nowotworowe śledziony zrośnięte są z trzustką za pomocą wiotkiej tkanki łącznej. Na przekroju śledziona w górnym biegunie ma wyraźnie zgrubiałą torebkę i pasmo szerokości $2^1/_2$ cm, zachowanego miąższu niezmienionego, ściśle odgraniczonego od większych guzowatości nowotworowych, które dochodzą wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Bliżej środka stwierdza się w śledzionie większą jamę o ścianach nierównych, postrzępionych, wypełnioną rozpadającą się masą nowotworową o spoistości gęstej śmietany: zawartość ta łatwo wylewa się na zewnątrz. Cała część śledziony w dolnym biegunie przedstawia jednostajną białawą masę rdzeniastą, zresztą dość miękką. Gruczoły we wnęce śledziony są powiększone, na przekroju są blado-różowe, miękkie, soczyste. Wątroba z pod łuku żebrowego wystaje na trzy palce. Jest ona ciężka i powiększona, o brzegach zaokrąglonych. Na przekroju jej rysunek zrazikowy jest zatarty, a liczne cięcia w najrozmaitszych kierunkach zrobione nie wykazują nigdzie mas nowotworowych; spoistość miąższu jest wybitnie krucha. Nerki są nieznacznie powiększone: ich torebka włóknista schodzi łatwo, a na powierzchni podtorebkowej w nerce lewej stwierdza się kilka (3) przerzutów białawych, wielkości ziarna grochu lub fasoli, ściśle odgraniczających się od miąższu nerkowego. Na przekroju nerki mają nieco zatarty rysunek, miąższ ich lekko wywija się z pod linji przekroju i jest kruchy. Żołądek jest rozdęty, jelito, zwłaszcza cienkie, jest obniżone i częściowo wciska się do miednicy małej.

Po otwarciu stwierdza się w żołądku na krzywiźnie dużej guzowatą wyniosłość wielkości orzecha laskowego; usadowiona jest ona na dość wielkiej szypule, na przekroju jest białawo-rdzeniasta W innych narządach nie ma nic godnego zanotowania.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Sarcoma primarium emoliens lienis. Metastases neoplasmaticae renis sin. et mucosae ventriculi. Emphysema pulmonum essentiale. Tracheo-bronchitis cat. chronica. Atrophia cordis. Deg. hepatis renumque parenchymatosa. Gastritis cat. chronica hypertrophica. Cachexia.*

Do badania drobnowidowego wycięto kawałeczki gołem okiem niezmienionego miąższu śledziony, jej masy nowotworowe oraz przerzuty w nerce i w żołądku.

Badanie drobnowidowe mas nowotworowych wykazuje utkanie mięsaka krągłokomórkowego, w skład którego wchodzą komórki przeważnie krągławe większe od limfocytów i zawierające znacznie więcej pierwoszczy, oraz balonowate jądro, silnie barwiące się, zawierające niekiedy kilka jąderek. Te liczne komórki układają się gęsto obok siebie, substancja międzykomórkowa zaś jest tak skąpa, że zaledwie gdzieniegdzie można ją z łatwością dostrzec. Miejsca makroskopowo rozmiękkające okazują pod mikroskopem jednostajną bladobarwiącą się masę, która w zupełności wypełnia oczka delikatnej siateczki substancji międzykomórkowej; a wśród niej gdzieniegdzie stwierdza się zarysy poszczególnych komórek i różne postacie rozpadu jąder. W skrawkach, zrobionych z mas nowotworowych, nigdzie nie stwierdza się nawet śladu miąższu śledziony. Badanie drobnowidowe utrzymanego miąższu śledziony wykazuje rozrost znacznego stopnia, beleczki śledzionowe są tu wyraźnie zgrubiałe a naczynia porozszerzane; wszędzie uderza obfitość różnych postaci komórek krwi, gdzieniegdzie występują ciałka białe, niekiedy nadzwyczaj duże. Na granicy guzów nowotworowych stwierdza się rozrost tkanki łącznej, silnie barwiącej się eozyną. W przerzutach badanie mikroskopowe wykazuje podobny typ komórek mięsaka krągłokomórkowego.

W przypadku opisanym chodzi zatem o daleko posuniętego mięsaka krągłokomórkowego śledziony z przerzutami w nerce lewej i żołądku. Rozległość zmian nowotworowych i zmiany wsteczne (rozpad) przemawiają za pierwotnem pochodzeniem nowotworu ze śledziony; z niej następnie zapewne drogą krwionośną przyszło do wytworzenia się wspomnianych przerzutów. Długotrwająca sprawa chorobowa spowodowała wyniszczenie i następowe zwyrodnienie narządów miąższowych u mężczyzny, będącego już u progu starości.

Najczęstszym rodzajem mięsaka śledziony jest mięsak chłonny, wychodzący z mieszków chłonnych. Rzadko pojawia się on jako nowotwór samotny i rozprzestrzenia się bardzo szybko w całym układzie chłonnym. Inne rodzaje mięsaków bujają z samego podścieliska lub otoczki śledziony. Z właściwych pierwocin łącznotkankowych zrębu powstają włókniaki, mięsako-włókniaki i prawdziwe mięsaki, z naczyń — chłoniaki i naczyniaki. Co do utkania, to w przeważnej liczbie przypadków stwierdzano mięsaka krągłokomórkowego, rzadziej wrzeciono-komórkowego, najrzadziej włókniako-mięsaka. Niektóre z pierwotnych nowotworów śledziony są tak małe, że nie powodują widocznych objawów przyżyciowych, a stwierdzane są dopiero na sekcji. Również także mięsaki mogą być tak małe, że nie dają wyraźnego obrazu klinicznego. Tak było n. p. w obu przypadkach, ogłoszonych przez Weichselbauma. W jednym z nich stwierdzono samotny nowotwór wielkości orzecha laskowego o utkaniu włókniako-mięsaka, który rozwinął się na wypukłej powierzchni śledziony. W drugim przypadku zaś stwierdził on mnogiego śródbłoniako-mięsaka w postaci licznych guzków, wy-

stających ponad powierzchnię przekroju. W większości ogłoszonych przypadków mięsaki śledziony miały niezwykłe rozmiary, tak że nowotwór wybijał się na plan pierwszy w obrazie klinicznym. Właściwe mięsaki śledziony, jak również jej mięsaki chłonne, rozwijają się najchętniej u ludzi w wieku młodym lub średnim. Clark opisał nawet mięsaka krągłokomórkowego pochodzenia wrodzonego. Już wkrótce po urodzeniu dziecka pojawiło się powiększenie śledziony, do którego w 10-ym miesiącu życia dołączyło się podupadanie sił żywotnych. W końcu pierwszego roku dziecko zmarło. Sekcja wykazała rozległy nowotwór, zajmujący śledzionę i przechodzący aż na lewe jądro, które zrośnięte było masami nowotworowemi z pęcherzem moczowym. Doraźne badanie drobnowidowe wykazało utkanie mięsaka krągłokomórkowego, który, według zdania Clarka, wyszedł ze śledziony. Hirschfeld również jest zdania, że mięsaki śledziony dotyczą najczęściej wieku dziecięcego.

Mięsaki śledziony wykazują niekiedy silną skłonność do przechodzenia na sąsiednie narządy a wogóle śledziona lubi w tych przypadkach zrastać się z otoczeniem. Przerzuty w tych przypadkach są nader częste. W razie rozległego bujania nowotworu ulega on często zmianom wstecznym. Toteż często opisywano w takich przypadkach wytwarzanie się większych lub mniejszych torbieli oraz zropienie. Śledziony z pierwotnym mięsakiem mogą dochodzić do rozmiarów bardzo znacznych, i tak w przypadku Cassotta śledziona ważyła 5000 gr, Adolpha — 3800, Bacelliego — 2400 i Kryłow — 4250.

Charakterystyczną dla mięsaka śledziony jest nierówna, guzkowato wyniosła jej powierzchnia. W przypadkach pierwotnego nowotworu śledziony na brzuchu stwierdza się często silnie rozdęte żyły skórne, które wskazują na wytworzenie się krwiobiegu ubocznego w następstwie znacznej przeszkody w odpływie krwi z jamy brzusznej. Łatwo powstają też objawy i zmiany w jamie brzusznej o charakterze utrudnionego odpływu krwi, między innemi opuchlina jamy brzusznej. W związku ze znacznym powiększeniem nowotworowo zmienionej śledziony może zachodzić nietylko ucisk ale także przemieszczenie narządów sąsiednich. Z innych zmian należy podnieść stopniowo rozwijającą się niedokrewność, niekiedy nawet wysokiego stopnia, a wreszcie charłactwo. Etjologja pierwotnych nowotworów śledziony jest tak samo nieznaną, jak wogóle etjologja nowotworów.

Grohe spostrzegał mięsaka śledziony, który wystąpił po przebytem uderzeniu w tę okolicę. Niektórzy autorowie zwracali uwagę, że chorzy na mięsaka śledziony niejednokrotnie wspominają o przebytych napadach zimnicy. Innych wzmianek co do tego w piśmiennictwie niema. W naszym przypadku niema żadnych danych, któreby mogły rzucić światło na pochodzenie opisanego nowotworu.

Piśmiennictwo.

1. Cassot. Ein primäres Sarcom der Milz. In.- Diss. Würzburg 1899. — 2) Grohe. Primäres metastasierendes Sarkom der Milz. Arch. f. path. An. u. Phys. 1897 Bd. 150. — 3) Clark. Congenital sarcoma of abdomen The Brit. med. journ. 1883 vol. i Kryłow. Splenektomia po powodu sarkomy selezenki. Chirurgja 7 zesz. 1898 r. — 4) Prinzing. Frankf. Zeitschrift f. Path. B. 13. — 5) Skubiszewski. Rzadki przypadek jednoczesnego naczyniaka mięsakowatego wątroby i śledziony. Pol. Gaz. Lek. 1922 r. — 6) Weichselbaum. Beiträge zur Geschwulstlehre Arch. f. Path. Anat. u. Phys. Bd. 85. Tamże o Adolphie i Bacelliego. — 7) Foix et Roemnele. Contribution á l'étude du sarcome primitif de la rate, à propos d'une forme spéciale, le reticulo — splénome nodulaire. Arch. de Medic. Experiment. 1912. T. 24.

Dr. Benedykt ZIEMILSKI. Lwów.

O leczeniu zapomocą wstrzykiwań preparatów atofanowych.

I. Atofan (kwas fenylochinolinokarbonowy — $C_6\ H_5\ C_9\ H_5$ NCOOH) wszedł do lecznictwa przed mniejwięcej 17 laty jako środek przeciw skazie moczanowej. Nicolaier i Dohra (1) w eksperymencie, a Weintraud (2) w klinice wykazali wtedy, że po przyjęciu atofanu następuje ogromne zwiększenie wydalania kwasu moczowego moczem u zdrowych i u chorych, dotkniętych podwyższeniem poziomu kwasu moczowego we krwi, czyli chorych na dnę. Równocześnie ustępują wszystkie inne liczne objawy tego cierpienia, przedewszystkiem ból i obrzęk stawowy. Mechanizm działania polega na ogólnie stwierdzonem swoistem działaniu w kierunku wydalania egzogennego kwasu moczowego, (Poulssen [3]), chociaż możliwy jest ponadto zwiększony rozkład jądrowych substancyj leukocytów, zawierających ciała purynowe, (za czem przemawia według niektórych stwierdzona przez Skórczewskiego i Sohna (4) diazoreakcja w moczu po zażyciu atofanu jako dowód rozkładu białka, chociaż inni pojmują ją tylko jako odczyn utlenionego atofanu) ponadto Wiechowski i Starkenstein (5) wykazali, tak ogólnie, jak i lokalnie (stawy), znieczulające, „antiflogistyczne i antipiretyczne" działanie. (Klasyczne doświadczenie, z okiem królika, które nie brzęknie po wkropleniu olejku gorczycznego przy równoczesnem karmieniu królika atofanem). Badania Spiessa (6) wykazały, że znieczulenie tkanki, znajdującej się w stanie zapalnym nie tylko znosi objawowo ból, ale i uśmierza w niej sam proces zapalny. Wobec tego, że gośćcowe zapalenie stawu możemy przyjąć za Weintraudem (7) jako anafilaktyczną lokalizację toksyn ogólnego zakażenia w stawach, przedstawiających u danego osobnika, pewnego rodzaju »*locus minoris resistentiae*«, będzie każdy środek znieczulający staw po pierwsze uśmierzeniem samego procesu zapalnego, po drugie będzie zapobiegał, nawrotom. Praktyka okazała też, że atofan jest obok salicylu jednym z najdzielniejszych środków przeciwgośćcowych, byleby był podawany w odpowiednio (dużej ilości) mniej więcej 2 do 3 gramów codziennie przez 10 do 15 dni z rzędu (środek ten posiada jednakowoż także i wiele nieprzyjemnych skutków ubocznych, zazwyczaj wprawdzie nieszkodliwych ale utrudniających choremu zażywanie) zgaga, pokrzywka, wypryski, zawroty głowy a bardzo rzadko krwiomocz, (do najczęstszych i bardzo nieprzyjemnych należy uporczywa dyspepsja, której nie zapobiega nawet dwuwęglan sodu, zażywany w dużych ilościach po atofanie. Mendel (8) spostrzegał po atofanie bardzo przykre ataki dychawicy i kładzie je na karb rozpadu leukocytów, dlatego zaczął wstrzykiwać dożylnie atofan rozpuszczony w urotropinie, która miała zobojętnić »szok« atofanowy. Zieglwallner (9) natomiast zastosował roztwór wodny soli sodowej atofanu, który fabryka chemiczna Schering rzuciła na rynek pod nazwą »atofanylu« (zawartość w ampułce 5 cm³ według zapodania fabryki — 0.5 soli atofanowej, 0.5 salicylanu sodowego i ponadto 0.008 nowokainy dla ewentualnej injekcji śródmięśniowej, ponieważ środek zasadniczo przeznaczony jest dla wstrzykiwań dożylnych). Wkrótce po pojawieniu się atofanylu w handlu pojawiły się sprawozdania bardzo korzystne. Zieglwallner miał doskonałe wyniki nietylko przy wszystkich postaciach dny, ale także przy zwyczajnym gośćcu stawowym, przy zniekształcającem zapaleniu stawów, przyczem zwykle wystarczała ilość 5 do 10 ampułek wstrzykiwanych codziennie, czyli w sumie $2^1/_2$ do 5 gramów atofanu (drobna ilość w porównaniu z wymaganą doustnie ilością 20 do 30 gr.). Objawów ubocznych nie stwierdził żadnych, poza atakiem nerwicy sercowej u neuropatycznego osobnika zaraz po wstrzyknięciu, atak jednak podobny mógł towarzyszyć także jakiemukolwiek innemu zabiegowi. Bez skutku był atofanyl w sprawach gruźliczych i rzeżączkowych. O podobnych zupełnie wynikach donosi Zimmer, (10) Zimmermann, (11) Wessel, (12) Morath, (13) Kärcher, (14) Umber, (15) Venzmer (16), ten ostatni osiągnął szczególnie dobre wyniki w praktyce okrętowej, wymagającej nagłej as kutecznej pomocy; Van der Velden (17) atofanylową profilaksę obniża podatność płuc do zapalenia postnarkotycznego. Brodt (18) znosi ból i obniża gorączkę przy ropnem zapaleniu ucha środkowego, ropniu około migdałkowymi migdałkowym, na sam proces chorobowy wpływa jedynie przy ropniu migdałkowym. Tylko Schwahn (19) doniósł o kilku ujemnych objawach powstałych po atofanylu: w jednym przypadku przyszło do ataku dychawicy i utraty przytomności, w drugim do silnej pokrzywki i naczynioruchowego obrzęku, doradza on tedy dużą ostrożność i małe daw-

kowanie, gdyż opierając się na badaniach Skórczewskiego i Sohna uważa rozpad białka po atofanie za rzecz stwierdzoną. Z tem stanowiskiem rozprawia się bardzo energicznie Sundermann (20), udowadniając że objawy spostrzegane przez Schwahna mogą być nie swoistym skutkiem każdego wstrząsu po jakiemkolwiek wstrzyknięciu i podnosząc z naciskiem wspomniane już inne tłumaczenie diazoreakcji po atofanie.

Na podstawie tych wszystkich prawie identycznych referatów wolno było przedsięwziąć próby na własną rękę. Na materjał*) zbierany od początku roku 1924 składa się 45 przypadków chorobowych. Wstrzykiwania były o ile możności dożylne, ponieważ zastrzyk śródmięśniowy bywa prawie zawsze bardzo bolesny, środek bowiem rozchodzi się bardzo szybko wzdłuż nerwu kulszowego, wprowadzając sztuczną krótkotrwałą, ale silną rwę, Dodatek 0.01 nowokainy, wstrzykniętej w miejsce atofanylu, okazał się w takich przypadkach niezbędny. Z pośród powyższych przypadków trzy dały wynik całkowicie ujemny. W jednym rwa kulszowa okazała się spowodowaną wtórnie przez narośl gruźliczą kości miednicowej, w drugim obrzęk stawu barkowego okazał się skutkiem urazu ścięgna, w trzecim przypadku zawód przyniosła nader uporczywa rwa kulszowa u lekarza, która trwa z remisjami już 2 lata i nie reagowała zupełnie między innemi i na dolędźwiowe wstrzykiwania antipiryny i nowokainy, i której etjologja po dziś dzień nie jest wyjaśniona. Dwa pierwsze przypadki pokazują, że injekcji atofanylu można użyć jako środka diagnostycznego »*ex juvantibus*«. W przypadkach wahania się między przyjęciem urazu a zapalenia. Pozatem odniosły wstrzykiwania duży sukces w 16 przypadkach zapalenia stawów i postrzału na tle dny, w 5 przypadkach rwy kulszowej prawdopodobnie dnawej, 15 przypadkach przewlekłego gośćca stawowego, w 1. przyp. suchego gośccowego zapalenia opłucnej, w 1. przyp. wyprysku dnawego, w dwóch przyp. ostrego gośćca stawowego, w 1. przypadku dnawego zapalenia tęczówki, (przekazanego przez okulistę) i jednym przypadku gruźliczego zapalenia stawu typu Poncetowskiego (jak wiadomo anafilaksja!) musiano stosować także proteinoterapję (Yatren-Casein) dla przyśpieszenia leczenia, można jednak było odnieść po każdej injekcji atofanylu wrażenie, że bolesność szybciej znikała, niż się to zdawało spostrzegać w innych podobnych przypadkach, leczonych samą proteinoterapią. Najbardziej uderza natychmiastowy wpływ na ból i opuchnięcie, które objawia się dosłownie w kilka minut po zastosowaniu wstrzyknięcia dożylnego. Jeden z chorych mógł jeszcze przed wyjęciem igły z żyły przesunąć pierścionek na palcu wzdłuż opuchniętego stawu, co było jeszcze przed injekcją wykluczone. Inna chora z postrzałem, która się w łóżku z trudem obróciła na brzuch dla przyjęcia wstrzyknięcia śródmięśniowego, usiadła 10 minut potem swobodnie i o własnych siłach na łóżku. Bóle i obrzęk ustępywały przy sprawach stawowych po 3 do 4 injekcjach, tak samo też bóle postrzałowe i rwy. Jeden z chorych, którego co roku nawiedzały nawroty postrzału zmuszające go do leżenia w łóżku przez parę tygodni i oporne przytem na kąpiele i salicyl, po 5 injekcjach był już zupełnie uzdrowiony. (Nie trzeba dodawać, że w przypadkach dny sprawdzonej lub prawdopodobnej dieta bezpurynowa tak jak dotychczas jest nieodzowną. Widoki pięknego rozwoju posiada też kombinacja atofanylu z proteinoterapją, która w paru przypadkach przytoczonych dała dobre wyniki. (Co jest zrozumiałe, jeżeli się zważy, że wynik leczniczy dwóch środków skombinowanych a mających odmienne punkty zaczepienia, według Bürgi'ego nie jest sumą, tylko iloczynem skutków poszczególnych leków). Ujemnych skutków ubocznych niespostrzeżono wcale, ani nawet przy wstrzykiwaniu dożylnem ambulatoryjnem, które stosowano powoli, przy ciągłem mieszaniu krwi z lekiem. Nie ulega tedy żadnej wątpliwości, że posiadamy w atofanylu jeden z najdzielniejszych leków przeciw-dnawych i przeciw-gośćcowych.

*) Część materjału znalazłem na Oddziele II. wewnętrznym tut. Szpitala Państwowego, którego kierownik prym. Dr. Ziembicki pozwolił mi uprzejmie na przeprowadzenie prób leczniczych, za co składam Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

II. Podczas gdy wstrzykiwania atofanylu są ostatecznie tylko ulepszeniem techniki leczenia atofanem, to wstrzykiwanie innego preparatu atofanowego (»Icterosan«*) — również fabr. chem. Scheringa), opierają się na całkiem nowej podstawie.

Wzmożone w ostatnich latach zainteresowanie fizjopatologją wątroby spowodowało berlińską klinikę Krausa do rewizji środków »żółciopędnych« t. zw. »cholagoga«, jak salicylanu sodowego, żółci, mięty, oliwy i wielu innych, o których sądzono, że zwiększają produkcję żółci i przyśpieszają jej wydalanie. Okazało się, jednak, z badań doświadczalnych i klinicznych Brugscha i Horstersa (21) (ilość produkowanej żółci mierzono na psach z przetokami, a u ludzi zapomocą zgłębnika dwunastnicowego), że wszystkie dotychczas używane środki działają tylko w kierunku szybszego wydalania żółci z woreczka i przewodów żółciowych, że są tedy dosłownie i wyłącznie środkami żółciopędnemi. Prawdziwym jednak lekiem »żółciotwórczym« (»Cholereticum« — słowo urobione na wzór »Diureticum« (okazała się żółć względnie kwasy żółciowe i przedewszystkiem w największej mierze atofan, który zwiększa produkcję żółci u psa do 64%, pewne zaś spostrzeżenia pozwalają na wniosek, że działa on przytem wybiórczo na komórki wątrobowe. Nie ulega wątpliwości, że przy tak zwiększonej produkcji żółci, może ona silnym swoim prądem) (»vi a tergo«) pokonać przeszkody w postaci mniejszych kamieni w przewodach lub nieżytowych zwężeń przewodów, a tem samem usuwać żółtaczkę; rzeczywiście udało się Heniusowi (22) jedną ampułką »Icterosanu« wypchać kamień z przewodu żółciowego do jelita, a doświadczenia kliniczne Brugscha i Horstersa oraz Gruneberga i Ullmann'a (23) okazały bardzo szybkie działanie leku przy żółtaczkach nieżytowych, kamicach i zapaleniach dróg życiowych: następował spadek gorączki, żółtaczka znikała, mocz jaśniał, a stolec się zabarwiał; bilirubina surowicy wprzód zwiększona, zmniejszała się, zaś wątroba opuchnięta bolesna malała tracąc czułość, ataki kamicowe niepowtarzały się więcej, tak, że wspomniani autorzy uważają próbę z »Icterosanem« za bezwzględnie wskazaną w każdym przypadku, niewymagającym bezpośrednio zabiegu jak n. p. ropień wątroby lub woreczka; naturalnie, że przypadki żółtaczki na tle hemolitycznem, kiły lub zatrucia arsenobenzolem i t. p. zupełnie tu nie wchodzą w rachubę. Dobry skutek miał także Allard (24) kombinacją śródżylnych wstrzykiwań preparatu atofanowego przy równoczesnem wśróddwunastnicowem wstrzykiwaniu 25% Magn. sulfur. Przypadków własnych, leczonych »I.« miałem dotąd 13. Jest to bardzo mała liczba; ogłaszam jednakwyniki, gdyż są dość jednozgodne i zachęcają do dalszych prób. W jednym tylko przypadku typowej kamicy „I." nie skutkował zupełnie, bolesność okolicy woreczka pozostała, tak, że na tej podstawie można było podejrzywać zrosty, i spowodował operację, która też najzupełniej potwierdziła rozpoznanie. Widać z tego, że i »I.« można używać jako środka diagnostycznego »*ex juvantibus*« gdyż dobry skutek widzi się tu tak jak przy atofanylu już parę minut po wstrzyknięciu dożylnem. Wątroba, której przedtem nie można było dotknąć bez wywołania przejmującego bólu, bezpośrednio po wstrzyknięciu staje się nieczuła, co przynosi choremu ogromną i rychłą ulgę. Przypadków takich leczonych z dużym sukcesem (żółtaczki na tle kamicy) spostrzegano 12. W jednym przypadku już 5 wstrzyknięć usunęło bóle, których nie uśmierzyło długotrwałe leczenie całym arsenałem anticholelitiatycznym, w innym przypadku jedno wstrzyknięcie w chwili napadu przerwało napad w zupełności. W 10 pozostałych, 10 wstrzyknięć usunęło w każdym przypadku na kilka miesięcy nie bardzo nasilone ale uporczywe, od kilku lat trwające, tępe bóle, oraz stan podżółtaczkowy. Jakichkolwiek niekorzystnych ubocznych objawów po wstrzykiwaniach dożylnych nie widziałem.

Nasuwa się zagadnienie, dlaczego cholerezy atofanowej nie zauważono nigdy przy doustnem stosowaniu leku, który

*) »Icterosan« według zapodania firmy zawiera w 5. cm^3 ampułce także 0.5 sodowej soli atofanu i 0.5 salicylanu sodowego podobnie jak atofanyl, jest jednak od atofanylu jaśniejszy, także oba środki czemś jeszcze innem muszą się różnić między sobą.

przyjmowany w niezliczonych przypadkach dny skomplikowanej n. p. kamicą żółciową, powinien był przecież wywrzeć wpływ i na żółtaczkę. Brugsch (25) tłumaczy to zjawisko w sposób następujący: atofan we wodzie nie rozpuszczalny, rozpuszcza się natomiast w żółci, ściślej w kwasie dezoksycholowym; przy zamknięciu dróg żółciowych atofan podany doustnie i do prostnicy nie może się zresorbować i wywrzeć swojego swoistego wpływu na komórki wątrobowe).

Reasumując można stwierdzić, że pozaustne leczenie preparatami atofanowemi jest najzupełniej nieszkodliwe. (Razem wykonano przeszło 250 wstrzyknięć, z tego około 150 dożylnych).

W odpowiednich przypadkach leczenie to okazało się jednym z najskuteczniejszych, poznanych dotąd sposobów terapeutycznych dotąd znanych.

* * *

Już po oddaniu do druku powyższego artykułu wpadł mi do ręki referat Ad. Wolffa (Tow. lek. w Hamburgu, pos. z 3. II. 1925 cyt. w Kl. W. Nr. 14. z 1925) o wpływie wśródżylnego wstrzykiwania 0.5—2.0 g. 10% roztworu sodowego soli atofanu na krzywą koncentracji Ur we krwi i w moczu. Okazało się, że u zdrowych i u chorych ze zmienioną ilością Ur w moczu lub we krwi, w 20 minut po wstrzyknięciu nastąpiło znaczne wzmożenie koncentracji w obu płynach, które wkrótce ustępowało; nie można tedy wątpić o swoistem działaniu atofanu na wydalanie Ur z ustroju.

Piśmiennictwo.

1) Nicolaier i Dohrn. D. A. f. kl. M. 1908, T. 93. — 2) Weintraud. Th. d. G. 911. Z. 3. — 3) Poulssen. Pharmakologie. 1922. — 4) Skórczewski i Sohn. Zbiór prac lw. kl. lek. 1911. Z. XI. — Ztsch f. exp. Path. u. Ther. 1912. Z. 11. — 5) Wiechowski i Starkenstein cyt. w. Poulssena. — 6) Spiess. Ref. w. Ztsch. f. Hals Nasen u. Ohrenhlk. 1923. T. 6.— 7) Weintraud. Kraus Brugsch II/II. — 8) Mendel. D. M. W. 1922. Nr. 25 i 43. — 9) Zieglwallner. Med. Kl. 1923. — 10) Zimmer. Ztsch, f. ärztl. Fortb. 1923. T. 20. str. 569. — 11) Zimmermann. Th. d. G. 1923. Z. 9. i 10. — 12) Wessel. M. Kl. 1924. R. 20. str. 714. — 13) Morath. Th. d. G. 1924. R. 65. Z. 7. — 14) Kärchoer. Arztl. Rundschau 1924. Nr. 11. — 15) Umber. M. M. W. 1924. R. 71. str. 1822. — 16) Venzmer. Th. d. G. 1924. R. 65. Z. 8. — 17) Van der Velden. Ztrblt. f. Chir. 1923. Nr. 33. — 18) Brodt. Ref. Ctbrl. f. Hals. Ohren u. Nasen hlk. 1924. T. 4. str. 264. — 19) Schwahn. Kl. W. 1924. N. 21. — 20) Sundermann. D. M. W. 1924. Nr. 29. — 21) Brugsch i Horsters. Ztsch. f. ges. exp. Med. 1923. T. 38. Z. 4/6. — Kl. W. 1923. Nr. 33. M. Kl. 1924. Nr. 20. — 22) Henius. Kl. W. 1924. Nr. 36. — 23) Gruneberg i Ullmann. M. Kl. 1924. Nr. 20. — 24) Allard. D. M. W. 1924. Nr. 50. — 25) Brugsch. Verein f. innere Medizin Berlin z 21. V. 1924. cyt. w Kl. W. 1924. Nr. 30.

Oceny i sprawozdania.

E. Stübler i Th. Brandess. **Patologja i klinika guzów jajnikowych.** Würzburger Abhandlungen 1924, str. 250—360.

Szczegółowe sprawozdanie z 670 przypadków guzów jajnikowych spostrzeganych w klinice w Tybindze w ciągu lat 1907—1922. Materjał swój dzielą autorowie częściowo wedle wskazówek R. Meyera, częściowo według O. Frankla, zarzucają zaś w zupełności podział Pfannenstiela.

Poszczególne działy omawiają autorowie szczegółowo pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym i odsetkowym. Osobno omawiają powikłania skrętem, ciążą, gruźlicą i t. d.

Jako metody operacyjne polecają: przy torbielaku surowiczym — odjęcie guza o ile możności z pozostawieniem części zdrowych jajnika, szczególnie przy obustronnym. Przy torbielako-gruczolaku surowiczym brodawczakowatym nawet jednostronnym wycięcie przydatków po obu stronach; przy najmniejszem podejrzeniu na złośliwość — całkowite usunięcie macicy wraz z przydatkami.

W ciąży operują tylko wtedy, jeśli guz jest w zatoce Douglasa lub w miednicy małej, inaczej wyczekują porodu.

Podczas porodu — o ile guz stanowi przeszkodę porodową — radzą próbę odprowadzenia; gdy ta się nie udaje cięcie cesarskie wraz z wycięciem chorego jajnika, w przypadkach nieczystych: samo wycięcie jajnika i pozostawienie porodu siłom natury.

W połogu operują zanim położnica opuści łóżko a to z obawy skrętu spowodowanego wiotkością powłok. Bardzo dokładne zestawienia statystyczne w tekście. Obszerne piśmiennictwo.

T. Wiczyński.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletins et Mémoires de la Société Medicale des Hopitaux de Paris.

Nr. 38. 1924.

J. Rolland, A. Maurer i J. Valtis. **Bezpośredni wpływ frenikotomji na jamy gruźlicze płuca.** Frenikotomję po raz pierwszy zastosował Stuertz w 1911 roku, jako metodę pomocniczą w leczeniu jednostronnej gruźlicy płuc.

We Francji stosowano ten zabieg rzadko i głównie w przypadkach zrostów opłucnej, uniemożliwiających odmę sztuczną. Pierwotnie wskazanie do frenikotomji stanowiły jamy u podstawy płuca, następnie obcy autorzy rozszerzyli wskazania na środkowy i górny płat.

Obecni autorzy przypuszczają, że można stosować frenikotomję również w razie głębokich zmian płucnych bez jam, a zwłaszcza zastępczo zamiast odmy sztucznej w razie mocnych zrostów oraz pomocniczo przy odmie sztucznej, której ze względu na zrosty przeponowe nie można całkowicie przeprowadzić lub przy starych odmach, których z powodu dużych zgrubień opłucnej nie można nadal stosować.

Frenikotomja jest zabiegiem lekkim dla chorego i łatwym do wykonania w znieczuleniu miejscowem. O wiele wyżej od frenikotomji jest ceniona frenicektomja, polegająca nie na przecięciu, lecz na wycięciu nerwu na pewnej przestrzeni, co zapobiega odradzaniu się nerwu.

Autorzy przytaczają przypadek frenikotomji zastosowanej przy niecałkowitej odmie sztucznej z powodu zrostów przeponowych, dzięki którym u podstawy płuca utrzymywała się duża jama. Po frenikotomji nastąpiło spłaszczenie się jamy i poprawa stanu chorej. Tą poprawę uważają sa przejściową, to jest za wygraną na czasie, by w lepszych warunkach przeprowadzić torakoplastykę.

M. Ameille podaje 6 przypadków frenikotomji z dobrym wynikiem przejściowym, sądząc o tym zabiegu to samo, co i R. M. V.

Dufour otrzymał dobry wynik po frenikotomji w przypadkach ropnych rozszerzeń oskrzeli.

J. C. Mussio Fournier. **O kilku małych objawach, a zwłaszcza o pewnych objawach zwrotnych w kamicy żółciowej.** Po przeglądzie całego szeregu objawów, przytaczanych w pracach Chauffard'a i Ramond'a, autor zastanawia się nad mniejszemi objawami, zaobserwowanemi przez siebie. Objawy te wprawdzie pojedynczo nie mogą być patogmoniczne dla kamicy żółciowej, jednak często w braku objawów kardynalnych mogą zrodzić jej podejrzenie, a w innych przypadkach znów w pewnym zespole objawów mogą decydować o rozpoznaniu.

Do tych małych objawów autor zalicza: obrzmienie i neuralgję prawego barku, zjawienie się punktów bolesnych na plecach, którym towarzyszą nudności, a nawet zwracanie (*regurgitatio*) śluzowe. Pozatem podobne znaczenie może posiadać obecność lekkiego porażenia prawego ramienia wskutek ostrych bólów w jamie brzusznej stwierdzenie szkodliwości wstrząsów i urazów, zwłaszcza zjawianie się w tych warunkach napadów gorączki z urobilinurją i w końcu zdolność wybiórczego reagowania na zimno.

Lévy-Valensi, Philbert i Lechaux. **Zapalenie wielonerwowe czuciowo-ruchowe po odmie sztucznej u osobnika gruźliczego.** Polineuryty na tle gruźliczem są bardzo rzadkiem zjawiskiem, zwłaszcza z przewagą porażeń ruchowych.

Autorzy widzieli jeden przypadek na 2.000 gruźlików. W 14 dni po odmie sztucznej na kończynach górnych i dolnych rozwinęły się porażenia czuciowe oraz ruchowe, ogar-

niając pewne grupy mięśniowe. Rozpoznanie ustalono po wykluczeniu alkoholizmu, zatrucia arszenikiem, kreozotem i t. d.

W zakończeniu autorzy rzucają pytanie, czy u osobników predysponowanych odma sztuczna, jako uraz, nie może uruchomić laseczników, toksyn lub substancji toksycznych.

Nr. 39. 1924.

M. C. Dimitracoff. **Spirochetoza oskrzelowa de Castellani'ego.** Liczni autorzy (Castellani, Violle, Barbary i inni) w wielu swych publikacjach zwracają uwagę na to egzotyczne cierpienie ze względu na łatwość popełnienia błędu rozpoznawczego i traktowania tych chorych jako gruźliczych lub cierpiących na grzybicę oskrzelową.

Przy badaniu krwawej plwociny, brak prątków Kocha, a natomiast obecność krętka de Castellani'ego rozstrzyga sprawę pod względem rozpoznawczym i rokowniczym.

Przypadek obserwowany przez autora dotyczy ciężko chorego osobnika z krwiopluciem, nie wyjeżdżającego poza granice Bułgarji i nie stykającego się z osobnikami egzotycznymi. 3-krotne wstrzyknięcie neosalwarsanu do żyły spowodowało zniknięcie objawów i zupełne wyleczenie.

M. Milian. **Zaburzenia wzroku wywołane przez 914 i ich patogeneza.** Autor podaje 2 przypadki przejściowej krótkowzroczności po stosowaniu dożylnych zastrzyknięć arseno-benzolu. To ostro rozpoczynające się zaburzenie wzroku, dochodząc prawie do zaniewidzenia, stopniowo tracąc swe napięcie, trwa najwyżej 48 godzin, poczem wszystko wraca do stanu normalnego. Zaburzenie to poprzedzają gwałtowne podniesienia ciepłoty do 39°—40°, bóle głowy, dreszcze, znużenie i towarzyszący im białkomocz dość intensywny 1—2 gramów na dobę, prócz tego w jednym przypadku notowano prawostronne opadnięcie powieki, przekrwienie łącznic ocznych i obrzmienie powiek.

Opierając się na doświadczalnie stwierdzonem powinowactwie arsenobenzolu do systemu sympatycznego, tłumaczy się to zjawisko porażeniem włókien sympatycnych, przebiegających w nerwie rzęskowym *(n. ciliaris)*, co daje przewagę włóknom nerwu oko-ruchowego, wywołując skurcz mięśni rzęskowych i zwiększając przejściowo wypukłość soczewki. Za porażeniem nerwu sympatycznego przemawiają i inne objawy, jak: rozszerzenie naczyń łącznic ocznych, obrzęk powiek; nic natomiast nie przemawia za pobudzeniem nerwu oko-ruchowego.

H. Grehet i L. Pelissier. **Przypadek otyłości monstrualnej.** Opisany przypadek dotyczy 37-letniej kobiety, wzrostu 167 cm, dotkniętej nadmierną otyłością całego tułowia, ramion i ud z pewnem tylko zaoszczędzeniem twarzy i znacznie większem rąk i nóg.

Waga tej osoby w chwili przybycia do szpitala Laenec'a wynosiła 201 kg 450 gr, a wymiar okrężny w biodrach 185 cm. Otyłość tamowała zupełnie ruchy chorej, wywoływała duszność, sinicę powłok skórnych, a zwłaszcza twarzy oraz liczne żylaki.

Źródła otyłości należy szukać z jednej strony w zawodzie chorej — kucharki, obdarzonej dobrym apetytem oraz mającej podostatkiem smacznych i pożywnych pokarmów, z drugiej zaś strony w zaburzeniach jajnikowych, towarzyszących rozwojowi otyłości. Od kilkunastu lat t. j. od porodu w r. 1908 miesiączki stały się skąpe i nieregularne, nie częściej niż 4 razy do roku. Jednocześnie chora tyła pomimo ograniczeń dietetycznych w ostatnich 2-ch latach.

Próby na wydolność czynnościową innych gruczołów dokrewnych (nadnercze, tarczyca i przysadka) nie ujawniły odchyleń od normy.

W celach leczniczych znacznie ograniczono ilość spożywanych pokarmów, oraz podawano doustnie i podskórnie duże dawki wyciągów jajników i tarczycy.

Pomimo to po kilku tygodniach chora ważyła 207 kg, wystąpiły spontaniczne bóle, bardziej jeszcze nasilające się przy ucisku skóry, oraz zaczęły się rozwijać duże tłuszczaki w piersi i na podbródku, początkowo miękkie, a następnie twarde i bolesne.

Powyższy obraz stawia rozpoznanie na pograniczu choroby Dercum'a, jednakże ze względu na dłuższe nadużywanie pokarmów oraz zaburzenia jajnikowe, autorzy uważają ten przypadek za zwykłą otyłość z objawami bolesności.

Nr. 9. 1925.

Sicard i Forestier. **Radio-lipjodol w zimnym ropniu wędrującym.** W przypadku ropnia zimnego w okolicy lędźwiowej, którego punktu wyjścia pomimo dokładnych badań nie dało się określić, autorzy wstrzyknęli do ropnia lipjodol. Dokonane następnie zdjęcie roentgenologiczne dokładnie ujawniło przebieg i siedlisko ropnia.

Jules Hatzieganu i Marius Hanganutin. **Nowe leczenie (proteinowe) moczówki prostej.** Autorzy, zachęceni dobremi wynikami proteino-terapji w cukrzycy (Singer) i niektórych chorobach gruczołów dokrewnych (Soraut), zastosowali z wynikiem dodatnim wstrzykiwania mleka w 2-ch przypadkach moczówki prostej, w których uprzednie leczenie zwykłe i opo-terapja nie przyniosły oczekiwanego skutku. Po zastrzykach obserwowano bóle skroniowe, nadmierną senność i wybitne obniżenie ilości moczu. Sarbo również zauważył obniżenie ilości moczu po proteinach w stwardnieniu wieloogniskowem, a nadto wyraźną hipertonję mieśniową, bicie serca i t. d.

Senność, hipertonja mięśniowa i obniżenie ilości moczu są objawami pobudzenia ośrodków śródmózgowia, dla których za najpotężniejszy bodziec Sarbo uważa proteinoterapję.

Przypuszczając wśród zespołu przyczyn, wywołujących moczówkę prostą, hipofunkcję tych ośrodków, autorzy wierzą w możność wzmożenia pod wpływem proteino-terapji funkcji, a nawet hiperfunkcję centrów śródmózgowia. i zachęcają do dalszych obserwacji.

Georges Guillain, Th. Alajonanine i Therenard. **Wywoływanie epilepsji Jackson'a przez nadmierną czynność płuc (hyperpnoë) doświadczalną. Wartość rozpoznawcza tego objawu klinicznego.** Liczni autorzy wywoływali tężyczkę mięśni twarzy i kończyn u osobników normalnych zapomocą głębokich oddechów 12—20 na minutę, trwających 15—30 minut. Inni znów szukali wpływu *hyperpnoë* w schorzeniach dróg piramidowych, pozapiramidowych, w parkinsonizmie, atetozie i t. d. i otrzymywali objawy myoklonji.

W epilepsjach *hyperpnoë* zdolna jest nawet wywołać atak epileptyczny.

Autorzy u 2-ch chorych z epilepsją Jackson'a po 5 do 6-ciu minutach *hyperpnoë* (20 oddechów) otrzymywali drgawki, odpowiadające ich cierpieniu w warunkach zwykłych.

Próba z głębokiemi oddechami ma duże znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w przypadkach, w których ataki bywają w nocy lub są tak rzadkie, że nie mogą być zaobserwowane przez lekarza. Pozatem wywołana hipertonja, tężyczka lub spazm pewnych grup mięśniowych twarzy, kończyn górnych lub dolnych pozwala sprecyzować umiejscowienie zmian mózgowych i daje dość dokładne wskazówki dla chirurga.

K. Rachoń (Warszawa).

Archiv für Verdauungskrankheiten.

T. XXXIII. Z. 1-2.

Elsner. **Wziernikowanie żołądka w rozpoznawaniu wrzodu i raka żołądka.** Gastroskopji powinno się używać tylko wtedy, gdy wszystkie inne badania nie doprowadziły do zupełnego wyjaśnienia sprawy chorobowej. Przy raku żołądka, wziernik żołądkowy tylko wtedy wchodzi w rachubę, skoro rozpoznanie jest niejasne, albo skoro przy mającym nastąpić zabiegu chodzi o ścisłe stwierdzenie rozprzestrzenienia się raka i zmian wywołanych przez niego na śluzówce. Dla wczesnego rozpoznania raka gastroskop niema znaczenia gdyż chory w początkach schorzenia niema dolegliwości i dlatego nie zgłasza się do badania. Natomiast przy zwykłym wrzodzie, gdzie zwykłe metody często zawodzą przy pomocy gastroskopji można rozpoznać wrzody, które inaczej uchodzą uwagi. Ujemny wynik badania gastroskopem nigdy nie jest rozstrzygający. Wpust żołądka jest dla oka uzbrojonego wziernikiem żołądkowym niewidoczny. Wziernikowanie

żołądka nauczyło nas jednak z pewnością, że niema bólów żołądkowych zależnych wprost od pobierania pokarmów, szczególnie t. zw. „bólów nadkwasowych“ bez organicznych zmian śluzówki żołądka.

B ö w i n g. **Układ wegetatywny i patologja trawienia.** Autor dokładnie opisuje unerwienie ślinianek, przełyku, żołądka i jelit i nerwowe schorzenia tych narządów, które nie zależą tylko od układu sympatycznego i parasympatycznego, lecz w dużej mierze, od stanu tych narządów, na które układy te mają wpływ.

W e r t h e i m e r. **O wrzodzie trawiennym żołądka.** W wyprostowanym chodzie człowieka upatruje autor moment patogenetyczny dla wrzodu, zaznaczając, że u czworonożnych wrzodu prawie się nie spotyka. Autor zauważył, że przy położeniu chorego na brzuchu przy wrzodzie żołądka ból samoistny i uciskowy się zmniejsza, przy gastralgji się nie zmienia, a przy schorzeniach pęcherzyka żółciowego ból uciskowy się wzmaga, a samoistny się zmniejsza. Dla uniknięcia wrzodu poleca po jedzeniu półgodzinne leżenie na brzuchu.

H i r a b a y a s h i. **Doświadczalne badania nad chromodiagnostyką zaburzeń wydzielniczych żołądka.** Autor wstrzykiwał psom kwadrans po jedzeniu wśródmięśniowo 5 cm³ czerwieni obojętnej i dochodzi do przekonania, że lokalne uszkodzenia śluzówki żołądka, które zmniejszają wydzielanie soku, opóźniają wydzielanie barwika. Pozostawia klinice stwierdzenie tych spostrzeżeń u ludzi.

M a r x. **Laktaza w jelicie człowieka.** Panujące w nauce zdanie, które się zakorzeniło od czasu badań na zwierzętach Weinharda, że dorosły człowiek nie produkuje laktazy, jest fałszywe. Laktaza znajduje się u oseska i dorosłego stale w jelicie. Stąd też wniosek, że przyczyna nieznoszenia mleka przez niektórych dorosłych ludzi nie zależy od braku laktazy lecz od jakichś innych czynników.

W e i s s. **Tak zwane »długie laseczki« kału i ich stosunek do laseczek Boas-Opplera w treści żołądkowej.** Pod nazwą »długie laseczki« łączono dotychczas dwa różne drobnoustroje. Jeden z nich odpowiada laseczkom Boas-Opplera w żołądku i znajduje się w stolcu przy nieżycie żołądka, drugi nazwany »*streptobacillus intestinalis*« różni się od tamtego morfologicznie, hodowlą i biologicznie. *Streptobac. intest.* w odróżnieniu od laseczek Boas-Opplera jest większy, tworzy długie łańcuszki, barwi się jednostajnie w całej swej długości płynem Lugota. *Streptobac. intest.* znajduje się czasem i w prawidłowym stolcu; zwykle z *clostridium butyricum* powoduje dyspepsje fermentacyjne.

J a r n o. **Badania nad patogenezą wrzodu żołądka.** Znane etjologiczne momenty wrzodu żołądka wywołują nekrozę rozpływną śluzówki i wtedy dopiero pepsyna nadtrawiając ją wywołuje wrzód.

Autor stwierdza, że ściana żołądka nawet wycięta nie daje się strawić i że wrzód żołądka jest ubytkiem tkanki powstałym przez strawienie.

R a i b o w i S m o t r o w. **Znaczenie odczynu Wolff-Junghansa dla wczesnego rozpoznania raka żołądka.** Odczyn ten daje się użyć tylko w tych przypadkach, gdzie w treści brak wolnego HCL, krwi, żółci, które zwiększają ilość białka. Znaczenie mają tylko albo małe ilości białka przy *achylia gastr.*, które pozwalają *Ca* wykluczyć, albo duże ponad 200, które przemawiają za *Ca.*

Z. 3-4.

K a l k i D i s s é. **O wpływie tłuszczów na czynność wydzielniczą żołądka.** Autorzy badali wydzielanie soku żołądkowego, oznaczając wolny HCl i ogólną kwasotę, zgłębnikując żołądek zgłębnikiem dwunastniczym. Wlewali oni do żołądka 300 cm³ 5% alkoholu, zabarwionego błękitem metylenowym, z dodatkiem lub bez 30 g *ol. sesami* lub świeżej margaryny. Tłuszcze w połowie przypadków podnosiły kwasotę. Nieświeża margaryna podnosiła kwasotę. Jeżeli podawano tłuszcz pół godziny przed śniadaniem alkoholowem, to znajdowano obniżenie kwasoty, choć nieznaczne i szybsze opróżnienie się żołądka.

G ü n z b u r g. **O stosunku wrzodu trawiennego do stężenia pepsyny.** Autor starał się oznaczyć energję pepsyny, badając, ile z tej energji pozostaje, skoro ten ferment przez podgrzanie do 60° w ciągu 15 minut się uszkadza. Na czczo wypłukiwał on żołądek 200 cm³ wody, z której kilka cm³ ogrzewał do 60° w kąpieli wodnej. W rurkach szklanych dodawał do tego płynu 0,1 g sproszkowanego włóknika i kilka godzin zostawiał to w cieplarce. W jednej grupie doświadczeń nie uzyskiwał strawienia, w drugiej uzyskiwał strawienie. Różnicę tę tłumaczy sobie autor różnem stężeniem pepsyny. Wrzody żołądka wykazywały większe stężenie pepsyny, które autor uważa za moment przyczyniający się do powstawania przewlekłego wrzodu. Autor nie znalazł danych, żeby w surowicy krwi lub popłuczynach żołądka istniało ciało hamujące działanie pepsyny.

B o a s. **Próba na kwas mlekowy w soku żołądkowym według Fletschera i Hopkinsa.** Próbę tę, opisaną przez F. i H. do wykrywania kwasu mlekowego w moczu, zastosował B. też dla soku żołądkowego. Do 5 cm³ stężonego kwasu siarkowego dodaje się kroplę wysyconego roztworu siarczanu miedzi i 2 krople soku żołądkowego. Próbówkę wstawia się na 1—2 min. do gotującej się wody i następnie szybko ochładza. Dodaje się 3 krople roztworu *Thiophenu* (10—20 kropli na 100 cm³ alkoholu) i jeszcze raz się ogrzewa próbówkę. W obecności kwasu mlekowego powstaje wiśniowo-czerwone zabarwienie. Próba ta, według autora, ma być prawie dwa razy czulsza od próby Uffelmanna.

C r ä m e r. **O zgadze i ziewaniu.** Nie każdy chory na żołądek ma zgagę; żadne schorzenie żołądka nie stwarza szczególnego usposobienia do zgagi. Zgaga zdarza się też przy prawidłowej kwasocie. W niektórych rodzinach zgaga jest dziedziczna. Do powstawania zgagi konieczną jest pewna wrażliwość śluzówki żołądkowej. Może także wydzielanie wewnętrzne ma znaczenie przy powstawaniu zgagi. Ziewanie zdarza się przy różnych schorzeniach żołądka i żadne z nich niema z niem bezpośredniego związku. Natomiast przy zatrzymywaniu się gazów w jelitach ziewanie często się zdarza a powodują je może toksyny tam powstałe.

S t r a u s s. **O wpływie wyłączenia śliny przy chorobach żołądka i jelit.** Autor wlewał zupę z mąki pszennej zgłębnikiem dwunastniczym do dwunastnicy, podając zaraz po wyjęciu sondy suchy chleb, który chory po zżuciu go wypluwał. Doświadczenia te przekonały autora, że bez śliny u zdrowych trawienie skrobji odbywa się prawidłowo, przy zaburzeniach w wydzielaniu żołądka oraz po gastroenterostomji tylko wtedy występują zaburzenia, jeżeli równocześnie istnieje upośledzona ruchliwość żołądka i jelita cienkiego.

C a p a l d i. **Badania nad chemiczno-rozdrabniającą funkcją żołądka.** Podawano chorym kostki marchwi, które bez zgryzienia musieli połknąć. Przekonano się, że im mniej resztek roślinnych w stolcu, tem wyższa kwasota żołądka.

A l d o r. **O przewlekle-zapalnych schorzeniach dróg żółciowych, wolnych od kamieni.** Autor rozróżnia dwie grupy schorzeń: w jednej wybija się na plan pierwszy żółtaczka, w drugiej bóle. U obu grup wspólne jest powiększenie śledziony i niekiedy gorączka.

H e i n e m a n n. **O rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłej Amoebiasis.** Opisuje dokładnie symptomatologję i leczenie emetyną. Autor przez 5 dni wstrzykuje codziennie 60 mgr emetyny, robiąc potem 10-dniową pauzę w leczeniu, po której następuje 2-ga serja wstrzykiwań.

E b s t e i n. **Nieco z historji cukrzycy ze szczególnem uwzględnieniem trzustki.** (Nie nadaje się do krótkiego referatu).

Z. 5 6.

S t r a u s s. **O proctostasis paradoxa.** Schorzenie to przeoczone zostaje dlatego często, bo przejawia się czyszczeniem i parciem, stolce bywają nawet śluzowo krwawe.

Badanie *per rectum* jest tu rozstrzygające, bo wykazuje zbitą masę kałową w *ampulla recti.* Po ręcznem usunięciu kału w tych przypadkach i następowem zaleceniu chorym częstych lawatyw schorzenie to zupełnie ustępuje.

E i n h o r n. **O cystach trzustki.** Autor cytuje historje chorób kilku przypadków i w kwestji rozpoznawania zaznacza:

1. Zwykle w lewem *hypochondrium* wyczuwa się guz o gładkiej powierzchni, który często wykazuje chełbotanie

i nad którym stłumienie odcina się wyraźnie od stłumienia wątroby i żołądka.

2. Konfiguracja guza zmienia się zależnie od napełniania żołądka.

3. Roentgen wykazuje ubytek w ścianie żołądka wskutek ucisku guza.

O e s t e r r e i c h e r. **Badania nad stanem chorych po operacjach żołądka i jelit ze szczególnem uwzględnieniem ulc. pept. jejuni.** Opisuje przypadki *ulc. pept. jejuni* nietylko po gastroenteroanastomozie, lecz także po dużych resekcjach żołądka. Leczenie tego wrzodu polegało na podawaniu ogólnie przyjętej diety przy wrzodzie żołądka, przy równoczesnem ułożeniu chorego na stronę prawą, jak to polecił Singer, aby pokarm mimo gastroenteroanastomozy przechodził też przez odźwiernik, gdyż zetknięcie się treści pokarmowej z śluzówką dwunastnicy pobudza wydzielanie żółci i trypsyny oraz diastazy trzustki. W braku koordynacji ruchowych i wydzielniczych odruchów upatruje autor wraz z Singerem przyczynę powstawania *ulc. pept. jejuni.*

S c h i l l i n g. **Gospodarka wodna ustroju.** Opisuje sprawy prowadzące do zatrzymania wody w ustroju i czynniki, które zwiększają wydzielanie wody. Artykuł nie przynosi nowych własnych danych doświadczalnych autora.

F r i e d h e i m. **O wynikach wewnętrznego leczenia ulc. ventr. z roentgenologiczną niszą.** Autor opisuje przypadki pewnych *ulcera callosa ventr.*, które po wewnętrznem leczeniu przez 3 do 7 lat wykazują wszystkie podmiotowe i przedmiotowe dane *restitutio ad integrum.* Średni czas trwania leczenia skutecznego *ulc. ventr.* wynosi 42 dni. Rodzaj diety (Leube, Sippy i t. d.) oraz leki nie odgrywają tu roli, o ile tylko ograniczają kwasotę.

T s c h e r n i n g. **O używaniu południowo-amerykańskiej rośliny »matte« u zdrowego i chorego.** »*Matte*« jest to napar z liści *Ilex Paraguanyensis,* zastępujący kawę. Liście te zawierają tylko 1/10 kwasu garbnikowego, zawartego w herbacie, nie zawierają olejków aromatycznych i tylko 1/2 substancji szeregu purynowego. Autor chwali szczególnie działanie moczopędne tego środka.

B a r s a n y i P o l g a r. **Działanie atropiny na przełyk.** 1 mgr atropiny śródżylnie podany zmniejsza *tonus* przełyku po 1/4 do 1/8 mgr nie daje się to roentgenologicznie stwierdzić.

J ü n g e r. **O nerwicach żołądka, jako objawie schorzeń systemu krwionośnego.** Opisuje dwa przypadki, w których stwierdził *subaciditas,* powiększenie parcia krwi, wybroczyny spojówek i objawy nerwicy wegetatywnej. Zaburzenia ze strony żołądka uważa w tych przypadkach za objaw niedomogi naczyń.

T. XXXIV. Z. 1-2.

C a h n. **O zdolności trawienia niektórych kupnych preparatów-fermentów.** Preparaty z trzustki pankreon i pankrostaza dostatecznie są chronione przed działaniem soków trawiennych żołądka; dispersat mniej; 0,25% HCl bez pepsyny nie uszkadza ich. Tabletka pankreonu zawiera tyle trypsyny, ile 5 cm^3 soku trzustki. Tryptyczne fermenty tych preparatów są jednakowej siły. Diastatyczne działanie wykazują one tylko w obojętnym roztworze.

K a u d e r s i P o r g e s. **O »pseudoanaciditas«.** Autorzy zwracają uwagę, że do oceny, czy żołądek produkuje odpowiednią ilość HCl trzeba zgłębnikować też po obiedzie próbnym, gdyż często u chorych, u których po śniadaniu Boasa znajduje się *sub.* lub *anaciditas,* po obiedzie stopień kwasoty jest prawidłowy lub nawet przewyższa normę.

P e w s n e r. **O używaniu okładów błotnych przy zapalnych procesach narządów brzucha.** Okłady takie autor stosował o ciepłocie 39°—40° i działanie ich uważa za korzystniejsze od termoforu lub kataplazmów z owsa lub siemienia.

L ó r i é. **Działanie wód gorżkich na wydzielanie żołądka.** Używał wody „Batalinskaja" i zauważył po zażyciu jej zmniejszenie się kwasoty żołądka jakoteż ilości pepsyny.

F a u s t. **O znaczeniu opukowego badania wrażliwości narządów trawienia dla patologji i terapji.** Ponieważ opukową wrażliwość spotykał autor w 50—60% osób dorosłych, dlatego nie może ona służyć jako oznaka *ulc. ventr.* Znikanie opukowej wrażliwości przy istniejącym *ulc. ventr.* wskazuje na jego wyleczenie. Opukowa wrażliwość okolicy żołądka jest gastrogenicznego pochodzenia, czy i *plexus solaris* tu odgrywa rolę, autor nie rozstrzyga.

F r i e d r i c h. **Leczenie proteinowe ulc. ventr.** Leczenie proteinowe działa przez wywołanie miejscowego przekrwienia i zmniejsza *tonus* żołądka, lecz prawdopodobnie nie drogą systemu nerwowego. Autor dla leczenia zaleca szczególnie *Novoprotin.*

Najlepiej do leczenia nadają się nie długo istniejące, a bardzo bolesne wrzody żołądka. Przy krwi utajonej w stolcu ostrożność konieczna, gdyż może powstać krwotok. *Ulc. duodeni* lepiej nadaje się do leczenia niż *ulc. ventr.* Stosunki wydzielnicze żołądka nie zmieniają się przy leczeniu proteinowem, również *tonus* i perystaltyka, chyba, że po injekcji wystąpi gorączka i nudności.

E l z a s. **Przypadek pseudoileus.** Opisuje przypadek, który początkowo robił wrażenie *ileus* a potem okazał się nadwrażliwością przy podawaniu santoniny.

B a d y l k e s. **Kliniczno-fizjologiczne spostrzeżenia o wpływie niektórych hormonów na wydzielanie żołądka.** Pituitryna zmniejsza wolny HCl i ogólną kwasotę. Adrenalina w 80% zwiększa, w 20% zmniejsza kwasotę. Thyreoidyna zmniejsza wydzielanie i kwasotę żołądka.

Reiner (Kraków).

Annales d'Anatomie patologique médico-chirurgicale.

T. I. Nr. 5 i 6.

J. H u m b e r t. **Wrzody trawienne uchyłka Meckel'a.** Patologja uchyłka Meckela wzbogaca się nowym działem, mało jeszcze uwzględnianym w piśmiennictwie. Dotyczy on wrzodów trawiennych oraz następstw ich przebicia. Autor omawia szczegółowo 7 przypadków zebranych z piśmiennictwa wrzodów uchyłka Meckel'a, które w przeważającej ilości przypadków występują u dzieci. Objawami klinicznemi, wybijającemi się w tych przypadkach na plan pierwszy są krwawienia jelitowe i objawy przebicia, powodujące bądź ogólne zakażenie jamy otrzewnowej, bądź miejscowe z wytworzeniem się otorbionego ropnia. Najczęstszem usadowieniem się tych owrzodzeń jest podstawa uchyłka, a miejsce przebicia przedstawia zwykle otwór okrągławy; obrazu, jaki spotykamy w *diverticulitis* w wspomnianych przypadkach nie stwierdza się. Z punktu widzenia patogenetycznego ważnym jest fakt stwierdzenia w obwodzie samego owrzodzenia wpryśniętej typowej błony śluzowej żołądka. Wykazanie heterotopowej błony śluzowej w uchyłku Meckel'a nie należy zresztą do rzeczy rzadkich. Autor sądzi, że omawiane przez niego wrzody trawienne są wyrazem samostrawienia zbłąkanych ognisk błony śluzowej żołądka — anomalji często występującej w uchyłkach prawdziwych. Opisany przypadek autora dotyczy 11-miesięcznego dziecka, które przybyło na klinikę z objawami zapalenia otrzewnej. Po zastosowanej laparotomji i sączkowaniu jamy brzusznej wkrótce nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcja wykazała ropne zapalenie rozlane otrzewnej i w odległości 50 cm od kątnicy występujący uchyłek Meckel'a, długości 3 cm, u podstawy którego stwierdzono otwór przebicia. Miejscowe gruczoły powiększone i obrzękłe. Badanie histologiczne i w tym przypadku wykazało w obwodzie owrzodzenia obecność ogniska zabłąkanego błony śluzowej żołądka. Leczenie podobnych przypadków polega jedynie na radykalnym zabiegu operacyjnym.

H. R o u r i l l o i s i G. D e l a t e r. **Gruźliczo zmieniony płat dodatkowy płuca naśladujący nowotwór śródpiersia.** U młodego osobnika lat 21 stwierdzono roentgenologicznie w dolnej części śródpiersia po stronie lewej obecność torbielaka. Wycięcie 9-go żebra wykazało istotnie nieuszypułowany twór guzowaty, wielkości jaja kurzego, dający się łatwo wyłuszczyć. Dnia następnego po operacji chory umiera. Badanie wydobytego tworu wykazuje, że składa się on z cienkich ścianek jakgdyby pergaminowych a w środku, zawierający treść kremowo-serowaciejącą. Wycięty skrawek z części grubszych wykazuje utkanie miąższu płuca niedodmowego bez żadnych oznak zapalenia swoistego. Na sekcji również nigdzie

nie stwierdzono ognisk gruźliczych. Pomimo to autorowie sądzą, że w płacie dodatkowym przyszło do zupełnego zserowacenia i wytworzenia wspomnianego torbielaka. (Uwaga ref. Powyższe przypuszczenie autorów wobec braku stwierdzenia gruźlicy wydaje się rzeczą zupełnie nieuzasadnioną, raczej należy myśleć o torbieli pochodzącej z listka zarodkowego). Zresztą w końcowej części pracy autorowie, omawiając pochodzenie najrozmaitszych tworów torbielowatych śródpiersia przytaczają podział tych tworów według histogenezy, wyróżniając:

1) nadliczbowe płaty płuc, komunikujące z oskrzelami, bądź
2) też nie mające łączności z rusztowaniem oskrzelowym,
3) płaty podprzeponowe,
4) torbiele pochodne z listków zarodkowych,
5) uchyłki torbielowate przełyku.

Wytworzenie się torbieli tłumaczy teorja uchyłków w listkach zarodkowych tworzącej się brózdy przełykowej, która zagłębiając się w celu rozdziału od tchawicy może często dawać uchyłki o charakterze bądź budowy przewodu pokarmowego, bądź budowy oskrzelowo-płucnej.

Berard, Policard i Wertheim. **Rozważania nad zgorzelą mięśni miejscowo niedokrwionych.** W następstwie przyskrzynienia przedramienia u robotnika fabrycznego lat 44 przyszło do obrzęku w górnej 1/3 części przedramienia i powierzchownego skaleczenia skóry; ruchy kończyny są zachowane, kościec nie uszkodzony; palec środkowy znajduje się w stanie zgięcia, prostowanie zaś jego jest zupełnie niemożliwem. Z biegiem czasu zgięcie coraz silniej się zaznacza i w końcu 2-go miesiąca znajduje się w stanie zupełnego przykurczenia. W tym samym czasie na powierzchni dłoniowej na przedramieniu w linji środkowej w miejscu pierwotnego obrzmienia stwierdza się twardy guz, który usunięto dla badania histologicznego. Guz ten składa się z tkanki żółtawej o spoistości twardej, przypominającej zwyrodniałe mięśnie, ulegające martwicy. Badanie drobnowidowe wykazuje obraz zamartwicy jałowej, spowodowanej niedokrwieniem miejscowem, dookoła której buja i otarbia ją tkanka łączna o komórkach i jądrach wyraźnie barwiących się. Znamiennym jest brak zupełny ciałek białych dookoła wspomnianego ogniska. Zanik więc włókien mięsnych i rozległa martwica tkanki, powstała w związku z niedokrwieniem miejscowem powoduje raczej powolne wybujanie tkanki łącznej a nie szybkie trawienie zapomocą leukocytów. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie choroby Volkmana, która nie jest stanem zapalnym, lecz pewnego rodzaju martwicą jałową mięśni zginaczy. Tego rodzaju martwica może być ściśle ograniczoną, jak w danym przypadku, dotycząc tylko mięśni zginaczy palca średniego. Podnieść należy, że w omawianym przypadku zgięcie palca miało charakter wczesny, gdyż wystąpiło już w pierwszych godzinach po przebytym urazie. Wspomniany szczegół dowodzi, że zespół objawów, wyosobniony przez Volkmana nie może być uważany za następstwo przypadkowego złamania, lecz raczej opisane zmiany zależą od najrozmaitszych przyczyn, powodujących jeśli nie bezpośrednio to w bardzo szybkiem tempie występujące zniszczenie czynnościowe większego lub mniejszego odcinka mięśni. Pytanie dlaczego podobne zmiany występują wybiórczo albo nawet wyłącznie w mięśniach zginaczach tłumaczą autorowie znanym faktem, że ucisk przedramienia powoduje przedewszystkiem niedokrwistość w łożysku powierzchownem, nie zaś głębszem, w którem znajdują się mięśnie prostujące; różnica w ukrwieniu tłumaczy zdaniem autorów specjalne właściwości odczynowe mięśni zginaczy na niedokrwienie.

W. Janusz (Lwów).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

T. LXVII. Z. 6.

Edelberg i Galant. **O essentionalnej Dyspareunii.** Ścisły związek między *dyspareunią* Kehrera a stanem, który powstaje w następstwie tejże wymaga zdaniem autorów potwierdzenia. Zastój limfatyczny i krwionośny w macicy i narządach miednicy, jak i niepłodność, powstawanie włókniaków i torbieli — są to następstwa według Kehrera — *dyspareunii*. Pojęcie *dyspareunii* Rohleder'a niema żadnego praktycznego znaczenia. Nawet w korzystnych warunkach niezawsze równocześnie występuje »*Orgasmus feminae* i *ejaculatio seminis*« — ta nierównoczasowość przy zupełnie normalnych narządach rodnych kobiecych nie może być uważaną za przyczynę niepłodności.

Czasowa *dyspareunia* na początku życia płciowego kobiety jest zupełnie fizjologiczną — *libido* i *orgasmus* dopiero kobieta uczy się poznawać. Częstość występowania tej czasowej *dyspareunii* można obliczać na 100%. Jeżeli czasowa *dyspareunia* utrzymuje się przez dłuższy czas lub na zawsze, to wtedy mamy obraz patologicznej essencjonalnej *dyspareunii*, która w następstwie powoduje zatrzymanie rozwoju *libido*. W wysokim stopniu *frigiditas* u kobiety w stosunku do *coitus* przy zupełnie normalnej budowie, zdrowych narządach płciowych, wybitnie kobiecym typie i prawidłowej płciowej pobudliwości. Zwykle istnieje w takich przypadkach zwrócenie się w innym kierunku a nie w kierunku narządów płciowych, przez co stwarza się przeszkoda dla prawidłowego rozwoju i koncentracji »*libido*« na narząd płciowy.

Drugim rodzajem *dyspareunii* jest forma rodzinna, której towarzyszy szereg objawów degeneracyjnych. Wówczas essencjonalna *dyspareunia* jest właściwie degeneracyjną psychozą.

Trzecim rodzajem będzie — właściwa forma essencjonalnej *dyspareunii*. Nabyta *dyspareunia* powstaje głównie w związku z wybrykami płciowemi i nieprawidłowemi stosunkami *(Perversitäten)*. *Vaginismus* występujący w łączności z ciężką *dyspareunią* jako odruch obronny należałoby nazwać *dyspareunicznym vaginismus*.

Borelius. **Uwagi o ciąży po nefrektomji.** Autor wykonał wycięcie nerki w 9-ciu przypadkach — a to 6 razy z powodu *Tbc.*, 2 razy z powodu kamienia i 1 raz z powodu *hydro-* i *pyonephrozy*. 3 razy wykonał wycięcie nerki w czasie ciąży bez żadnego szkodliwego wpływu na przebieg ciąży i zdrowia matki, 9 kobiet przeszło w ogólności (sumarycznie) 15 prawidłowych ciąż — bez jakichkolwiek bądź następstw tak dla matki, jakoteż i dziecka, nawet w takich przypadkach, gdzie ciąża w krótki czas po nefrektomji nastąpiła — naturalnie o ile druga nerka była zupełnie zdrowa. Na podstawie swoich korzystnych doświadczeń autor nie podziela zdania Kümmla, że dopiero po 4-ch latach po operacji może odnośna osoba wyjść zamąż.

O ile podmiotowy stan i prawidłowy obraz moczu pozwala, to wystarczy 1—2 lat czekania po operacji. Jeżeli druga nerka jest zaatakowaną — to małżeństwo powinno być zakazane — a w każdym razie zajście w ciążę!

Abortus arteficialis może być brany w rachubę wówczas, jeżeli w czasie ciąży nastąpi zaburzenie funkcji dotychczas zdrowej nerki. Zgodnie uzyskane doświadczenie uczy, że istniejąca ciąża nie zmienia wskazań do wycięcia nerki (nefrektomji).

Küstner. **Zależność torbielowatych zmian w jajnikach od zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego.** W klinice chorób kobiecych w Halle w przeciągu pół roku operowano 4 przypadki nabłoniaka kosmówkowego, a 5-ty stanowił preparat z przypadku gdzieindziej operowanego. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych popartych badaniem drobnowidowem autor dochodzi do wniosku, że w czasie zwyrodnienia jaja płodowego pod formą zaśniadu groniastego przychodzi do wyraźnych zmian w jajnikach, objawiających się w torbielowatej degeneracji i bujaniu komórek luteinowych. Tem samem potwierdza się zdanie Stoeckla, który pierwszy zwrócił uwagę na tę zależność. Po usunięciu zaśniadu te zmiany w jajnikach szybko ustępują, prawidłowa owulacja szybko wraca.

Bezpośredni wpływ nabłoniaka kosmówkowego na jajniki względnie na zmiany w nich jest nieprawdopodobny.

Torbiele komórek luteinowych w jajnikach spotykane przy nabłoniaku kosmówkowym, należy uważać jako pozostałości po zmianach towarzyszących zaśniadowi groniastemu wyprzedzającemu powstanie nabłoniaka. To zgadza się z za-

patrywaniem, które nabłoniaka kosmówkowego uważa za nowotwór złośliwy, a nie za istotny twór ciążowy wywołujący w swej konsekwencji zmiany w ustroju t. zw. ciążowe.

M. Seidler (Lwów).

Annales of Surgery.

LXXXI/2. 1925.

M a t a s. **Podwiązanie aorty brzusznej.** M. podwiązał aortę brzuszną z powodu tętniaka tejże, w miejscu rozdwojenia u syfilitycznego negra w wieku 28 lat. Po podwiązaniu stwierdzono słabe tętno na tętnicy udowej, brak tegoż na stopach, jakoteż w samym tętniaku.

Tętno na stopach stopniowo wracało do normy, a w 9 dniu po zabiegu, zauważono, że poczyna tętnić sam tętniak jednak słabiej niż przed podwiązaniem; tętnienie to w miarę postępowania obliteracji tętniaka, stopniowo się zmniejszało.

W 17 miesięcy po podwiązaniu, chory zmarł na krwotok płucny z kawerny gruźliczej; przytem sekcja wykazała prawie zupełną obliterację tętniaka.

B e r g. **Polip w wyrostku robaczkowym.** Autor wspomina że w piśmiennictwie znalazł tylko 3 przypadki polipa wyrostka robaczkowego; jego jest czwarty; objawy kliniczne były jak w zapaleniu wyrostka. Przy zabiegu wyrostek okazał się obrzmiały, nacieczony a po odcięciu stwierdzono, że n podstawy jego leżał polip, wielkości orzecha laskowego na wąskiej szypule, zamykający światło wyrostka.

LXXXI|3. 1925.

R a u s o h o f f. **Sympathectomia cervic. w angina pectoris.** R. stwierdza, że napady w dusznicy bolesnej, w pewnych przypadkach mogą być zniesione przez lewostronną cervicosympatektomję. Polepszenie jest znaczne — chorzy wracają do swych zajęć — przytem R. zaznacza, że zabieg nie wpływa naturalnie w przypadkach sercowych.

Przytacza 2 przypadki operowane przez niego, w których przed zabiegiem stwierdzono ciężkie napady, co jakiś czas się powtarzające, trwające w 1 przypadku 7 lat — w 2-gim 5 lat. Wykonano w znieczuleniu miejscowem lewą cervicosympatektomję; dzień po. zabiegu zaznaczyły się: *enophtalmus* — zaczerwienienie spojówki — zwężenie lewej źrenicy. Chorzy opuszczają szpital w 14-tym dniu; badani w kilka miesięcy później podają, że napadów nie mają zupełnie, tylko lekką duszność i uczucie ciężaru w okolicy serca, co należy odnieść do zmian w sercu.

R e i d i A n d r u s. **Leczenie chirurgiczne w angina poctoris.** Autorowie zebrali z piśmiennictwa 62 przypadków leczonych chirurgicznie — mianowicie: w 50-ciu przypadkach wykonano sympatektomję — w 10-ciu usunięcie nerwu hamującego (*g. depressor)* systemu parasympatycznego — a w 2 zostały usunięte oba nerwy hamujące i nerwy sympatyczne. Najlepsze wyniki otrzymano przez wykonanie cervicosympatektomji — przytem tam były dobre wyniki, gdzie nie było równocześnie silnych zmian sercowych. Autorowie dodają, że dobrze jest usunąć prócz gałązki sympatycznej, karkowopiersiowej, również nerw hamujący *(n. depressor)*.

Janik (Lwów).

Surg. Gyn. Obst.

XL|1. 1925.

W h i t a k e r i M i l l i k e n. **Sól sodowa tetrabromfenolftaleiny a sól sodowa tetrajodfenolftaleiny w radjografji woreczka żółciowego.** Z powodu większego ciężaru atomowego jodu — sól sodowa tetrajodfenolftaleiny jest blisko dwa razy mniej przepuszczająca promienie X, niż sól sodowa tetrabromfenolftaleiny; przytem doświadczalnie nie stwierdza się różnicy w toksyczności. Z tych przyczyn należałoby używać do prześwietlania woreczka żółciowego raczej pierwszej.

W i t l e r. **Pooperacyjna leukocytoza.** Autor obserwuje codziennie 30 przypadków i stwierdza, że leukocytoza rozwija się w przeciągu czterech godzin po zabiegu i opada do normy w przeciągu pięciu dni; wielkość zaś jej zależy od czasu trwania zabiegu. Ciepłota nie wzrasta równolegle z leukocytozą lecz dochodzi do swej wysokości w kilka godzin później.

Mc. N e a l y. **Podwiązywanie żył w chirurgji naczyń.** Równoczesne podwiązywanie dużej żyły i tętnicy w kończynach nie powinno być wykonywane ze względu na grożącą zgorzel. Autor jednak w 8-miu przypadkach *aneurysma arter.-ven.*, podwiązał tętnicę i żyłę; z tego 7 skończyło się pomyślnie; dalej wykonał to samo w 8-miu przypadkach tętniaka obwodowego *(art. poplit. — axill. — femor.)*, z których 6 skończyło się pomyślnie; w *endarteritis oblit.* i *morb. Raynaudi,* autor prócz sympatektomji Lericha, podwiązuje równocześnie żyłę z dobremi wynikami (mianowicie: żyły powierzchowne się rozszerzają, stają się bardziej widoczne, kończyna staje się cieplejsza — sinica znika).

J a c k s o n. **Rozległe wycięcie jelita cienkiego u dziecka.** U 2-letniego dziecka usuwa autor 1 m 42 cm jelita cienkiego z powodu ostrej niedrożności wywołanej zadzierżgnięciem przepukliny wewnętrznej, przez wrodzony otwór w krezce. Chory żyje 7 lat po zabiegu.

L e v i s o h n. **Częstość wrzodu żołądkowo-jelitowego.** Wrzód żołądkowo-jelitowy jest częsty po zespoleniu żołądkowo-jelitowem. W 68 przypadkach badanych w 4—9 lat po zabiegu, ledwie 64% było zupełnie wyleczonych, zaś 34% cierpiało na wrzód żołądkowo-jelitowy.

Autor zaznacza, że zespolenie żołądkowo-jelitowe nie zmniejsza kwasoty, nawet po wielu latach, wycięcie zaś żołądka powoduje natychmiastowe i stałe zmniejszenie kwasoty w większości przypadków.

Autor jest zwolennikiem wycięcia.

S t e r n. **Zmienione złogi tłuszczu w bursitis subdelt.** Prace kilku autorów podają, że przy *bursitis subdelt.* odkładają się w ścianie torebki złogi wapnia, dające cień w obrazie roentgenologicznym. Autor jednak stwierdza, że w 4-ch przypadkach cień taki wprawdzie znalazł, przy zabiegu atoli okazało się, że wapna ani kości w torebce nie było; natomiast była ona wypełniona tłuszczem; cień więc został spowodowany przez tłuszcz. (Czasem można również stwierdzić cień, prześwietlając krwiak, mimo, że ten nie zawiera wapnia).

XL/2. 1925.

R o b e r t s o n. **Ostra rozstrzeń żołądka i jelit.** R. dzieli 44 przypadków obserwowanych na 5 grup:

1) rozstrzeń bez widocznej przyczyny; po śmierci nie stwierdzono żadnych zmian; odnosi ją autor do zaburzenia równowagi między unerwieniem nerwu błędnego a sympatycznego;

2) po śmierci stwierdzono pewne zmiany, mianowicie: zapalenia płuc i otrzewnej septyczne; możliwe, że wtedy toksyny dostają się do komórek zwojów sympatycznych — lub do rdzenia do jądra nerwu błędnego;

3) rozstrzeń po pewnych zabiegach; po śmierci nie stwierdzono żadnych zmian;

4) po pewnem nieumiarkowaniu w diecie;

5) po urazie.

T a t a k s. **Usunięcie woreczka żółciowego z powodu nadkwaśności.** Autor w 2 przypadkach »*hyperaciditas essent.*« w których wszelkie leczenie zawodziło a objawy podmiotowe stawały się wybitne, wykonał cholecystektomję, po której chorzy, opuściwszy szpital czuli się zupełnie dobrze; co spowodowało tu wyleczenie, trudno powiedzieć — w każdym razie według T. należy na tę sprawę zwrócić uwagę.

C o h i l l. **Gruźlica gruczołu piersiowego.** U dziewczyny 13-letniej znachodzi autor gruźlicę sutka; zwraca on uwagę, że gruźlica piersi jest wogóle rzadką, zwłaszcza w tym wieku; przytem zakażenie nastąpiło w opisanym przypadku pierwotnie; uraz w anamnezie.

H u l l s i c k. **Zwichnięcie stopy ku tyłowi.** Autor przytacza przypadek zwichnięcia stopy ku tyłowi bez żadnego złamania. Przypadek ten o tyle jest ciekawy, że zwichnięcie takie zwykle jest połączone ze złamaniem kostki, tylnego brzegu przyczepu i t. d. — natomiast brak złamania należy zaliczać do wielkiej rzadkości.

Janik (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 6.: M. Blassberg: Działalność naukowa prof. Walerego Jaworskiego. — Z. Dziembowski: Przetaczanie krwi jako zabieg leczniczy. — A. Ciechomski: W sprawie t. zw. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — E. Krajewski: Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem nitroseleranu w związku z zagadnieniem terapji stanów hipertonicznych.

Nr. 7.: T. Browicz: O sercu. — Z. Dziembowski: Znieczulenie w zabiegach operacyjnych lekarza praktycznego.— H. Gruszkiewicz: Mimowolne moczenia nocne. — M. Blassberg: Działalność naukowa prof. Walerego Jaworskiego.

Rocznik Psychjatryczny-Zeszyt 2.: S. Borowiecki: Uwagi w sprawie kierunku psychologicznego w psychjatrji współczesnej. — W. Sterling: Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne. — J. Mazurkiewicz: Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. — W. Zylberlast-Zandowa: Zespół Korsakowa w przebiegu drętwicy karku. — K. Horwitzówna: Schizofrenja w wieku dziecięcym. — F. Wichert: O zaburzeniach afektywnych w parkinsonowskich postaciach porażenia postępującego. — S. Zamecki: O zachowaniu się układu roślinnego u psychicznie chorych. — F. Wichert: Z kazuistyki psychjatrycznej zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. — I. Krzemicki: Z pogranicza neurologji i okulistyki.

Wychowanie fizyczne Zeszyt 1.: E. Piasecki: Wychowanie fizyczne w Polsce porozbiorowej. — Wł. Missiuro; Wojskowy Instytut Wychowania Fizycznego w Brukseli. — E. Nowosielski: Z organizacji i metodyki ćwiczeń. — W. Sikorski: Ćwiczenia reakcji w wychowaniu fizycznem.

Przegląd Dentystyczny Nr. 3.: J. Rutkowski: Zasady chirurgicznego odkażania (c. d.). — H. Gruszczyński: Jeszcze parę słów o Centralnej Radzie Związków Dentystycznych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung i 12 Monatsheften. 1925. Zeszyt 3. Monachjum. (J. F. Lehmann). Cena 2 M. n.

Treść: 1) Prof. Katsch: O trzustce. — 2) Prof. Naegeli: Lymphogranuloma. — 3) Prof. Fuld: Przegląd piśmiennictwa (z zakresu chorób trawienia i przemiany materji).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 marca 1925.

Przewodniczący kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki.

Obecne 64 osoby, w tej liczbie 43 członków Twa.

Prezes Twa ogłasza list nadesłany przez Tambowskie Two lekarskie, którego członkiem przez szereg lat był ś. p. prof. T. Burdziński, z zawiadomieniem o uroczystem posiedzeniu, odbytem w celu uczczenia pamięci byłego swego członka. Na posiedzeniu tem wygłoszono kilka referatów, charakteryzujących prace i naukową działalność zmarłego w czasie jego pobytu w Tambowie.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 11. marca b. r.

2. Kol. E. Czarnecki wygłasza odczyt: **Z dziedziny badań nad koloidami.** Po omówieniu historycznego rozwoju nauki o stanach koloidalnych, początki której sięgają czasów najdawniejszych, kiedy to badacze częstokroć nieświadomie otrzymywali roztwory koloidalne metali (do rzędu takich zjawisk należy »*aurum potabile*« alchemików) i, przechodząc do prac Fulhame w końcu XVIII w. zatrzymuje się referent nieco dłużej nad wynikami prac Grahama w drugiej połowie XIX w. Po wszechstronnem scharakteryzowaniu własności stanów koloidalnych z uwzględnieniem zastosowania tej gałęzi wiedzy chemji fizycznej do biologji i medycyny, omawia referent dokładniej wyniki, otrzymywane przy zmieszaniu ze sobą dwóch roztworów koloidalnych; stwierdzono, że takie zmieszanie może dać następujące możliwości: 1) Cząstki koloidalne nie oddziaływają na siebie i tworzą mieszaninę, podobną do mieszaniny zwykłych roztworów, zdarza się to wówczas, kiedy cząsteczki obydwu roztworów posiadają jednakowy ładunek elektryczny. 2) Jeden koloid oddziaływa na drugi, wywołując koagulację — cząsteczki roztworów koloidalnych naładowane przeciwnemi ładunkami elektrycznemi. 3) Jeden z koloidów, dodany w niewielkiej nawet ilości do drugiego, odgrywa rolę czynnika stabilizującego. Na tej drodze doszukiwałby się referent istnienia pokrewieństwa względnie przeciwieństw krwi różnych osobników dzięki czemu została stworzona koncepcja t. zw. typów serologicznych, koncepcja, która w dobie obecnej, dzięki pracom Landsteinera, Hirszfelda i in., znalazła zastosowanie praktyczne w sprawie przetaczania krwi. Referent omawia w końcu sprawę ruchu Brown'a, przyczem zjawisko to pokazuje przy zastosowaniu ciemnego pola, w środowisku nieorganicznem i w wydzielinie ustroju ludzkiego. Zgodnie z nowoczesnemi poglądami ruch Brown'a nie jest związany z dopływem z zewnątrz energji w postaci cieplnej, promienistej lub jakiejkolwiek innej a da się raczej wytłumaczyć, jeżeli przyjąć za podstawę rozumowania kinetyczną teorję materji. Zgodnie z poglądami Smoluchowskiego Br. stoi w bezpośrednim związku ze zjawiskami dyfuzji, czyli przenikania substancji rozpuszczonej lub rozdrobnionej do warstwy czystego rozpuszczalnika.

Dyskusja. Kol. A. Safarewicz zapytuje prelegenta, czy utrzymała się w piśmiennictwie nowszem teorja M. Fischera o powstawaniu obrzęków tkanek wskutek osłabienia procesów utleniających, mianowicie we wszystkich przypadkach, gdy te procesy utlenienia są obniżone, w organiźmie gromadzą się kwasy organiczne, które nie spalają się do CO_2 i zmniejszają stopień alkaliczności krwi; to, jeżeli tak można się wyrazić, zakwaszenie organizmu powoduje, według Fischera, znaczne wzmożenie zdolności tkanek pobierania wody i może wywołać powstawanie obrzęków. M. Fischer wykazał, że żaby, u których wskutek zatrucia zmniejszały się sprawy utlenienia, po umieszczeniu w wodzie przekroplonej przybierały na wadze po upływie doby skutkiem pęcznienia tkanek 10 razy więcej, niż żaby kontrolne, tj. niezatrute; mianowicie, żaby zatrute pobierały wody w ciągu doby przeszło 30% wagi, żaby zaś niezatrute — zaledwie 3%. Kol. K. Rymaszewski: Stan koloidalny w wysokim stopniu zależy od stopnia koncentracji jonów w ośrodku dyspersyjnym, ponieważ pojęcie punktu izoelektrycznego jest w znacznej części pojęciem pochodnem pojęcia o pewnem określonem dla danego koloidu stężeniu PH i tem stężeniem między innemi uwarunkowane. Co do kataforezy, to podkreśliłby, że w niektórych pracowniach fenomen kataforezy, łącznie z zastosowaniem błon półprzepuszczalnych (elektroendosmoza), użyty został do wiele obiecujących badań, dotyczących dziedziny ciał odpornościowych i ich stosunku do rozmaitych gatunków białka surowiczego.

Kol. E. Czarnecki stwierdza, że dziś bardzo wielu autorów jest zwolennikami zapatrywań Fischera na sprawę powstawania obrzęków. Na dowód tego poglądu przytacza doświadczenie, polegające na pęcznieniu płytki żelatyny, która dosięga kilkakrotnie większych rozmiarów w środowisku kwaśnem w porównaniu ze stopniem napęcznienia takiej płytki w środowisku obojętnem. Podkreśla następnie, że istnieje ścisła zależność między stopniem PH ośrodka dyspersyjnego a t. zw. punktem izoelektrycznym (koagulacją) w ośrodku dyspersyjnym z odczynem kwaśnym łatwiej występują objawy koagulacyjne.

3. Kol. St. Mahrburg — **pokaz preparatów z Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B.: a) nadnerczy i skóry przy m. Addisoni**; w sprawie tego przypadku Kol. K. Pawłowski kreśli pokrótce przebieg kliniczny choroby u chorego, który zmarł wskutek tego cierpienia, poczem kol. St. Mahrburg omawia sprawę powstawania, jak również obrazu anatomo-patologicznego wspomnianego cierpienia. Pod względem anatomopatologicznym omawiany przypadek cechuje się wybitnemi zmianami obu nadnerczy. Sekcyjnie stwierdza się: w okolicy zwykłego umiejscowienia nadnercza lewego, guz wielkości jaja kurzego, zrośnięty z ogonem trzustki i zlewający się z tkanką nerki, bardzo twardej, spoistości chrząstkowatej z licznemi drobnemi ogniskami zserowacenia wewnątrz. Tkanki nadnercza nie pozostało ani śladu. W miejscu prawego nadnercza takiż guz wielkości orzecha włoskiego, ale ograniczony, niezrośnięty z otoczeniem. Tkanki nadnercza tu też nie widzimy. Badanie histologiczne obu nadnerczy wykazało rozrost tkanki łącznej, pojedyncze komórki olbrzymie, zserowacenie. W innych narządach stwierdzono: szczyty płuc w stanie wygojenia po sprawie gruźliczej, pojedyńcze gruczoły szyi — duże, na przekroju widoczne gruzełki, przerost aparatu chłonnego ścianki dróg pokarmowych; badanie histologiczne nie wykazało tu zmian gruźliczych. Zarówno w omawianem, jak i w innych przypadkach m. Addisoni, najbardziej wrażliwemi na zakażenie gruźlicze okazały się nadnercza; można tu mówić niejako o elektywnym wpływie jadu gruźliczego na ten narząd. Spostrzeganie pokazuje, iż w przebiegu powolnych procesów chorobowych w nadnerczach objawy addisonizmu występują najwybitniej; przemawiałoby to za tem, iż nabłonek skóry ma tu czas do zastosowania się w czynności zastępczej — wytwarzania barwika. Przeciwnie przy procesach szybko postępujących w nadnerczach objawy zabarwienia skóry i błon śluzowych przejawiają się w mniejszym stopniu, gdyż tu skóra nie podąża w zastosowaniu się zastępczego wytwarzania barwika. Przypuszczenie to byłoby potwierdzeniem teorji Blocha o wytwarzaniu się barwika. Nieraz stwierdza się w ogólnej gruźlicy, gruźlicę nadnerczy bez objawów m. Addisoni. Przypuszczać należałoby, że w tak zniszczonem nadnerczu zostały jeszcze tkanki funkcjonującej, albo też, że szybkie zmiany, wywołane przez ostry proces, szybciej doprowadziły do śmierci, zanim nabłonki warstwy podstawowej skóry zdążyły wytworzyć barwik. (Streszczenie własne);

b) **lewostronne umiejscowienie zrośniętych** nerek z objawami ropnego zapalenia miedniczek, miąższa nerkowego moczowodów oraz pęcherza. Na sekcji stwierdzono: nerki prawej

niema, nerka lewa odległegła u góry na trzy palce od przepony, u dołu na poziomie spojenia łonowego, obficie pokryta tkanką tłuszczową. Miedniczki rozszerzone. Dwa moczowody leżą po stronie lewej; światło ich — średnica końca małego palca. Nadnercza na właściwem miejscu. Pęcherz rozszerzony, ścianka zgrubiała, śluzówka pokryta nalotem i upatrzona bardzo licznemi punkcikowatemi wybroczynkami, miejscami drobne ubytki tkanki. Śluzówka cewki moczowej pokryta licznemi wybroczynkami, w *pars membranacea urethrae* — głębokie owrzodzenie, pokryte tkanką ziarninową i ropą. Na 1 cm poniżej — ubytek, przepuszczający koniec zgłębnika i kończący się w postaci kanału ślepego w tkance podśluzowej na głębokości 1 cm — droga fałszywa (*fausse route*) w dnie ubytku i w kanale tkanka krwawo podbiegnięta. Histologicznie stwierdzono rozszerzenie kanalików prostych w rdzeniu nerki, wypełnienie ich produktami ropy — typowe wstępujące zapalenie nerek (Streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. K. Michejda przytacza przypadek, gdzie felczer, wprowadziwszy kateter metalowy między napletkiem a *glans penis*, przepchnął go aż do pęcherza; dalej mówi, że droga fałszywa jest dość częstą przyczyną śmierci. Kol. A. Januszkiewicz w sprawie przypadku I. Z zestawienia obrazu klinicznego i wyniku rozbioru zwłok widzimy, że w danym przypadku nie rozpoznaliśmy za życia zrostu serca z osierdziem, z czego J. korzysta, by jeszcze raz podkreślić trudności w rozpoznawaniu tej sprawy. Nie mieliśmy tutaj takich znamiennych objawów, jakiemi są: *pulsus respiratione intermittens* (*paradoxus*), skurczowe wciąganie okolicy koniuszka serca, rozkurczowe wypukłanie przestrzeni międzyżebrowych, wciąganie dolnej części klatki piersiowej po lewej stronie mostka podczas skurczów (Broadbent), częściowy rytm płodowy (Ortner), a także wydłużanie się serca przy oddechu, stwierdzane prześwietlaniem. Objaw zmiany pozycji serca przy zmianie pozycji ciała, cenny dla wykluczenia zrostu, gdy jest wyraźnie zaznaczony, traci na znaczeniu wobec wielkich indywidualnych wahań w przesuwalności serca, przy rozedmie płuc i t. p. Powyższe zmiany występują coprawda znacznie wyraźniej przy zrostach sięgających poza granice worka sercowego, przy zmianach modzelowatych w śródpiersiu, gdy mamy nietylko zarośnięcie, ale i przyrośnięcie osierdzia. (*Concretio et accretio pericardii*), czegośmy w danym przypadku na sekcji nie stwierdzili. (Streszczenie własne). Kol. L. Achmatowicz: Jak przebiegały naczynia krwionośne w przypadku zrośnięcia uerek? Kol. K. Pawłowski: Co do niedostatecznego wydzielania soku żołądkowego przy m. Addisoni, zwłaszcza w omawianym przypadku, przypuszczamy, że wobec braku anatomicznych zmian w żołądku, można by było przyjąć wraz z Pawłowem i innymi autorami, wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem na błony śluzowe; dzięki zaburzeniom w nadnerczach następują zmiany w innych gruczołach, co w wyniku ostatecznym może dawać w jednych przypadkach niedostateczną ilość kwasu solnego, w innych zaś nadmierną. Głos w dyskusji zabierał jeszcze kol. Z. Jakubowski.

Odpowiada kol. St. Mahrburg. Naczynia w przyp. 2 przebiegały z lewej strony razem z moczowodami.

4. Kol. St. Trzebiński. **Pokaz preparatów mikroskopowych płuc z ciałami tłuszczowemi.** (Preparaty wykonane przez M. Pfaffiusównę w Zakładzie Patologji Ogólnej U. S. B.). Mówca omawia prace Gilbert'a i Giomini zapoczątkowane w r. 1995 na płucach karmionych tłuszczami; u większości psów stwierdzono duże ilości tłuszczu w naczyniach płuc, tworzące prawie zatory. Dalsze badania polegały na zastrzykiwaniu do naczyń oliwy albo lipijodolu do naczyń albo tchawicy. Obecny pogląd na los tłuszczu wprowadzonego do ustroju drogą jelitową, czy też pozajelitową (prócz żyły wrotnej) polega na tem, że tłuszcz dostaje się do naczyń włoskowatych i żył, dalej do prawego serca, skąd (w stanie rozpylenia) do *art. pulmonalis*, do naczyń włoskowatych płuc, stąd do żył płucnych i do krwiobiegu. Miano tłuszczu we krwi żył płucnych w porównaniu s tętnicami płucnemi obniża się o 14—30°/₀. Tłuszcz, wynoszący tę różnicę, pozostaje w płucach, gdzie go można wykryć metodami mikrochemicznemi. Jaki jest dalszy los tłuszczu w płucach? Ulega on pod wpływem zaczynu lipazy rozkładowi, jednak nie na kwasy tłuszczowe i glicerynę (Pogen). Obecność lipazy stwierdzono drogą maceracji płuca, wodnego wyciągu i strącania za pomocą chlorku wapniowego i fosforanu sodowego. Tłuszcz z płuca znika szybko; rozpad jego zależy od dowozu powietrza; jeżeli bowiem podwiązać oskrzele, to w podwiązanej części tłuszcz będzie się znajdował w całości niezmieniony. W sprawie pytania, gdzie się lokalizuje tłuszcz w płucach. Roger daje odpowiedź, że albo w naczyniach krwionośnych, albo tylko w naczyniach włoskowatych. Inni badacze sądzą natomiast, że w nabłonkach płucnych ulegających bujaniu i powiększeniu się. Roger przypisuje przemianie tłuszczowej w płucach wielkie znaczenie; zdaniem jego jest to jedyny wypadek trawienia w naczyniach włoskowatych.

W dyskusji zabrał głos kol. K. Opoczyński.

Polskie Towarzystwo otolaryngologiczne we Lwowie

Posiedzenie naukowe w dniu 9 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Zalewski.
Obecnych 9 członków.

1. Kol. Zalewski wspomina o zmarłym członku Towarzystwa Drze **Oreście Litwinowiczu**, podnosząc w gorących słowach Jego umiłowanie pracy, bezinteresowność i koleżeńskość. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

2. Kol. Dobrzański przedstawia preparat anatomiczny **twardzieli tchawicy i oskrzeli**, pochodzący od kobiety 32 letniej, będącej w piątym miesiącu ciąży. W przypadku tym napady duszności w ostatnich tygodniach do tego stopnia się wzmogły, że zastanawiano się nad tem, czy przerwać ciążę, czy też przeczekać, zwłaszcza, że chora życzyła sobie ciążę donosić. Bronchoskopja wykazywała znaczne wałowate nacieki w tchawicy, a główne — koncentryczne — w miejscu rozwidlenia i oskrzelach. Zwężenie światła głównych oskrzeli było b. znaczne. Ponieważ ataki duszenia się, trwające po kilkanaście godzin, występowały coraz częściej i były coraz groźniejsze, zdecydowano się przerwać ciążę, aby przynajmniej nieco zmniejszyć zapotrzebowanie tlenu. Przerwano ciążę (cięciem cesarskiem pochwowem), zabieg ten jednak ulgi nie przyniósł i chora w kilkanaście godzin później zmarła. Sekcja wykazała rozległe nacieki twardzielowe w tchawicy i oskrzelach. Mówca podnosi problem, czy twardziel dolnych dróg oddechowych jest bezwzględnem wskazaniem do przerwania ciąży i zaznacza, że w danym przypadku musiano się do pewnego stopnia kierować wolą chorej, lecz zasadniczo przy zwężeniach wskutek przewlekłych stanów zapalnych specyficznych (twardziel, gruźlica) powinno się bezwzględnie ciążę przerwać.

W dyskusji kol. Zalewski podnosi, że w beznadziejnych przypadkach twardzieli dolnych dróg oddechowych powinno się *ex consilio* podawać śmiertelną dawkę trucizny, by oszczędzić chorym męczarni długiego duszenia się. Kol. Zabłocki: Przy przerywaniu ciąży u chorych twardzielowych należy się stosować do woli tychże, przedstawiwszy im poprzednio niebezpieczeństwo porodu. Kol. Reinhold: Ciążę powinno się zasadniczo przerywać, aby nie tworzyć nieszczęśliwego pokolenia z dziedziczną dyspozycją do twardzieli i jak najdłużej utrzymać życie matki. Kol. Lehm wspomina o przypadku, gdzie po przejściu róży nacieki twardzielowe się cofnęły; należałoby wypróbować na świeżych przypadkach działanie ostrych infekcyjnych chorób na twardziel. Kol. Reinhold stawia projekt, aby ktoś z kolegów podjął się referatu nad stosunkiem schorzeń dróg oddechowych i uszu do ciąży, po ewentualnem porozumieniu się z Tow. ginekologicznem.

Kol. Dobrzański przedstawia przypadek **przecięcia krtani** na wysokości chrząstki tarczykowej. W dwa tygodnie po skaleczeniu chory przybył do kliniki z raną na szyji częściowo wygojoną, z obu jednak stron znajdowały się przetoki ropiejące, prowadzące do wnętrza krtani; przetoki rozszerzono, poczem nastąpiło wygojenie. Badanie lusterkiem krtaniowem wykazywało w spoidle przedniem bujanie ziarniny i obustronnie nad więzadłami wrzekomemi obrzęki w postaci wałów, przysłaniających dość znacznie głośnie. W laryngoskopja directa (direktoskop Haslingera) usunięto ziarninę i przykauteryzowano obrzęki (ignipunktura), które po pewnym czasie zupełnie się cofnęły, przez co krtań doprowadzono do wyglądu normalnego. Mówca podnosi dogodność direktoskopu Haslingera do wewnątrz-krtaniowych operacyj a nadto porusza problem, czy przy zranieniach krtani należy bezwzględnie wykonać tracheotomję, czy też nie i dochodzi do przekonania, że, o ile chory, mający nawet nieznaczną duszność, jest pod stałą obserwacją laryngologa, to większość przypadków zranień krtani da się uleczyć bez tracheotomji — o ile jednak brak jest opieki specjalisty, to zawsze powinno się wykonać tracheotomję profilaktycznie.

W dyskusji kol. Skrowaczewski podnosi, że najczęstsze zranienienia krtani są na wojnie i austrjackie przepisy wojskowe nakazywały przy każdem zranieniu w krtań wykonywać tracheotomję. Sądzi jednak, że wykonywać ją należy wtedy tylko, gdy jest *indicatio vitalis* (duszenie się).

Wedle Kahlera tylko 5—10°/₀ rannych w krtań wymaga tracheotomji.

Posiedzenie naukowe w dniu 9 marca 1925 r.

Przewodniczy prof. Zalewski.
Obecnych 9 członków.

1. Kol. Berlstein przedstawia przypadek **przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego postaci Bezolda.** Objawy kliniczne, jak dreszcze i krzywa ciepłoty o typie septycznym, przemawiały za zakrzepem zakażonym w zatoce esowatej. Po otwarciu wyrostka sutkowego okazała się obfita ropa w jamkach wyrostka i około zatoki esowatej, sama zatoka dość oporna przy dotyku, tętna jej się nie wyczuwa, co wskazuje na jej zajęcie, zatoki nie punktowano i nie otwierano, wykonano tylko operację radykalną. Chory wyzdrowiał.

W dyskusji kol. Spalke zauważa, że w tym przypadku,

wobec zaniechania nakłucia próbnego zatoki, rozpoznanie zakaźnego zapalenia zakrzepowego zatoki nie jest pewne. Kol. Skrowaczewski: Zakrzepy aseptyczne mogą się doskonale zorganizować tak, że otwierać zatoki nie potrzeba i dopiero przy pozytywnym wyniku badania bakterjologicznego należy otworzyć zatokę, względnie także podwiązać żyły szyjne. Kol. Dobrzański: Sama zapalnie zmieniona zewnętrzna ściana zatoki (*perisinuitis*) może makroskopowo imponować na zakrzep w świetle: z punkcji nie można napewno mówić o zakrzepie.

2. Kol. Berlstein przedstawia przypadek **gruźlicy krtani**, który przez dość długi okres czasu był rozpoznawany jako rak a to ze względu na wygląd nacieków; dopiero ekscyzja próbna i badanie drobnowidowe ustaliło rozpoznanie. Po serji naświetlań prom. Roentgena nastąpiła znaczna poprawa.

3. Kol. Krygowska przedstawia przypadek **mięsaka krągło-komórkowego jamy noso-gardzielowej** u kobiety 37-letniej. W chwili zgłoszenia się chorej jama noso-gardzielowa wypełniona była guzem wielkości jabłka, w jamach nosowych w tyle widać było polipowate guzy; nos zupełnie niedrożny. Część guza usunięto kleszczami Jurasza i poddano chorą serji naświetlań prom. Roentg. Obecnie po 6 naświetlaniach guz zmniejszył się do wielkości orzecha laskowego, zupełnie odsłaniając lewe nozdrza tylne.

W dysknsji kol. Lehm wspomina o przypadku mięsaka, wychodzącego z gruczołu Rosenmüllera. Po naświetlaniach radem wystąpiła zgorzel podniebienia miękkiego i twardego. Kol. Zalewski: Leczenie naświetlaniami nie zostało jeszcze ujęte dokładnie pod względem dawkowania. W leczeniu nowotworów złośliwych ani leczenie chirurgiczne, ani też radio wzgl. roentgenoterapja nie dają jeszcze wyników zupełnie zadawalających.

4) Kol. Dobrzański przedstawia **przyp. ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego wraz z surowiczem zapaleniem błędnika** (*otitis media suppurativa acuta et labyrinthitis serosa sinistra*), w którym równocześnie były objawy lekkiego podrażnienia wyrostka sutkowego. Równocześnie z wystąpieniem ropnego zapalenia ucha środkowego nastąpiła całkowita głuchota (wysokie i niskie tony niesłyszalne, Szwabach skrócony, Rinne ujemny) i objawy zaburzenia równowagi (samoistny oczopląs skierowany ku stronie prawej, zbaczanie i padanie na lewo). Ciepłota była prawidłowa. Próba przewodnictwa ciepła Zalewskiego wykazała wskaźnik niski = 2·2. Leczono zachowawczo, stosując przy tem naświetlania lampą »Sollux«. Po trzytygodniowem leczeniu wyciek całkowicie ustał — chory ma się dobrze— objawy zaburzenia równowagi ustąpiły, głuchota jednak utrzymuje się nadal. Mowca podkreśla, że zajęcie błędnika tak znacznego stopnia przy ropnem zapaleniu ucha środkowego nie zdarza się zbyt często.

5. Kol. Dobrzański przedstawia chorego z **brodawczakiem nosa oraz twardzielą nosa i jamy noso-gardzielowej**. Wspomniany guz wypełniał jamę nosową prawą, był miękki, na powierzchni nierówny, blado-różowy. Dwukrotne badanie drobnowidowe wycinka z guza dało rozpoznanie: »*papilloma nasi*«. Zdjęcie roentgenowskie wykazało zaciemnienie prawej jamy nosowej i szczękowej. W znieczuleniu miejscowem usunięto operacyjnie guz z jamy nosowej. Mówca podnosi rzadkie występowanie tych dwóch schorzeń jednocześnie i tłumaczy powstanie brodawczaka z już zmienionego wskutek twardzieli nabłonka migawkowego w nabłonek wielowarstwowy płaski. Taka przemiana jest znana i opisana.

Sekretarz: *Kuźniar.*

XII. Zjazd Lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

Okólnik Nr. 2.

Od chwili wydania w listopadzie r. ub. pierwszej odezwy w sprawie Zjazdu z wykazem sekcji naukowych i komisji gospodarczych prace przygotowawcze Komitetu posunęły się w sposób następujący:

I. **Termin Zjazdu** ustalono na dzień 12—16 lipca r. b.

II. **Opłata za udział** wynosić będzie 30 zł. dla członków i 20 zł. dla gości (osób towarzyszących).

Uprasza się wszystkich uczestników o łaskawe wpłacenie składek jaknajrychlej, jako jedynego dotąd funduszu na niezbędne wydatki prac przygotowawczych Zjazdu (konto czekowe P. K. O. Nr. 10077).

III. **W sekcjach naukowych**: przybyły 2 sekcje nowe:

34 — Sekcja raka — przewodniczący dr. Bronisław Wejnert (ul. Marszałkowska 55). 35 — Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa — przewodniczący dr. Bolesław Jakimiak (ul. Chmielna 26).

Nadto zaszły następujące zmiany:

10 — Sekcja przyrodniczo-rolnicza dodano — c) dział entomologji stosowanej — przew. prof. Z. Mokrzecki (Skierniewice, Zakład Ochrony lasów). 16 — Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji — przew. Dr. Arkadjusz Puławski (Szpital Dzieciątka Jezus ul. Nowogrodzka). 31 — Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego — przewodniczący dr. Władysław Świątopełk-Zawadzki (Marszałkowska 76) i dr. Stanisław Kopczyński (Wspólna 28).

Komisja redakcyjna — przewodniczący dr. Jan Koelichen (Nowy Świat 35). Zgłoszone dotąd wykłady w sekcjach naukowych przedstawiają się następująco:

3 — **Sekcja matematyki** (przewodniczący prof. S. Dickstein, Marszałkowska 117).

Tematy programowe: a) Aksjomatyzacja pojęcia liczby (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów). b) Rola pewnika wyboru Zermeli w teorji mnogości (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów). c) Sprawa podręczników szkolnych do matematyki (prof. dr. Zaremba Kraków). d) Kwestja związana z nauczaniem matematyki (por. dr. H. Steinhaus, Lwów). Nadto zgłoszono 9 wykładów.

4 — **Sekcja geofizyki i astronomji** (przewodniczący prof. K. Szulc, Nowy Świat 72, Pałac Staszica).

Zgłoszono 17 wykładów z zakresu:

Promieniowania słonecznego w Polsce (5 ref.). Klimatu Polski (4 ref.). Synoptyki Polski (3 ref.). Dynamiki atmosfery (2 ref.). Astronomji i geodezji (3 ref.).

7 — **Sekcja zoologji** (przewodniczący prof. K. Janicki, Krakowskie Przedm. 26, Zakł. Zool. U. W.).

Zgłoszono 7 wykładów.

9 — **Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna** (przewodniczący doc. H. Raabe, Chocimska 24, Zakł. Epidem.).

Temat programowy:

Realizacja nauczania przyrody w szkołach średnich (p. wiz. K. Czerwiński i p. wiz. Męczkowska).

Nadto zgłoszono 3 wykłady.

10 — **Sekcja przyrodniczo-rolnicza**: a) dział rolniczy (przewodniczący prof. M. Górski, Skierniewice, pałac).

Zgłoszono 2 wykłady.

12 — **Sekcja nauk antropologicznych** (przewodniczacy prof. K. Stołyhwo, Piękna 4.

Zgłoszono 16 wykładów.

13 — **Sekcja anatomji, embrjologji i histologji** (przewodniczący prof. E. Loth, Anatomicum Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Z anatomji porównawczej układu limfatycznego (prof. H. Hoyer). b) Znaczenie kiszki ślepej i t. zw. wyrostka robaczkowego (prof. K. Kostanecki).

Sprawy organizacyjne programowe:

a) Sprawy bibljografji — zagaja prof. H. Hoyer. b) Krytyka programu studjów anatomji według t. zw. nowej ustawy, zagaja prof. Kostanecki. c) Sprawa przekształcenia Warszawskiego T-wa anatomicznego w ogólne polskie Tow. Anatomiczne (zagaja prof. Konopacki i prof. Loth).

Nadto zgłoszono 13 wykładów.

14 — **Sekcja fizjologji, patologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i farmakologji** (przewodniczący prof. F. Czubalski, Krak.-Przedm. 26 U. W.).

Tematy programowe:

a) Regulacja stężenia jonów wodorowych w ustroju, ref. prof. Przyłęcki (Poznań) i prof. Modrakowski (Warszawa. b) krew, jako układ fizyczno-chemiczny, ref. prof. Moraczewski, prof. Parnas (Lwów).

15 — **Sekcja anatomji patologicznej** (przewodniczący prof. L. Paszkiewicz, Anatomicum, Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Patologja układu siateczkowo-śródbłonkowego (prof. W. Nowicki, Lwów i dr. W. Czarnecki. b) Patogeneza i etjologja nowotworów doświadczalnych (prof. S. Ciechanowski, Kraków i prof. L. Skubiszewski, Poznań).

16 — **Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji** (przewodniczący dr. A. Puławski, Szpital Dz. Jezus ul. Nowogrodzka).

Tematy programowe:

a) choroba Brighta (ref. prof. M. Franke [Lwów] i dr. A. Landau [Warszawa]). b) Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną, ref. doc. dr. W. Janowski i prof. A. Leśniowski).

17 — **Sekcja radjologji** (przewodniczący dr. Z. Grudziński Wspólna 3 a).

a) Djagnostyka radjologiczna wrzodu dwunastnicy (ref. dr. E. Meisels [Lwów] i dr. Tadeusz Alkiewicz, [Poznań]). b) Leczenie radjologiczne nowotworów złośliwych (ref. prof. dr. Karol Mayer, Poznań i dr. Henryk Wachtel, Kraków). c) Kamica żółciowa w świetle promieni Roentgena (ref. dr. A. Elektorowicz Warszawa).

Nadto zgłoszono 1 wykład z dziedziny mianownictwa radjologicznego polskiego.

18 — **Sekcja chirurgji** (przewodniczący prof. A. Leśniowski, Widok 10).

Tematy programowe:

a) Chirurgja dróg żółciowych (wspólnie z sekcją med. wewn.) ref. doc. dr. W. Janowski i prof. Leśniowski), Warszawa). b) Ropnie mózgu (wspólnie z Sekcją oto-ryno-laryngologiczną i sekcją chorób nerwowych) — ref. prof. Schramm i dr. Rothfeld (Lwów).

19 — **Sekcja oto-ryno-laryngologji** (przewodniczący dr. J. Pieniążek, Moniuszki 6).

Zgłoszono 9 wykładów.

21 — **Sekcja stomatologji** (przew. prof. H. Wilga, Marszałkowska 151 Inst. Dent.).

Tematy programowe:

a) Najnowsze zdobycze aseptyki i antyseptyki w dentystyce; b) Znaczenie społeczne próchnicy i walka z nią; c) Exstirpatio czy amputatio miazgi; d) Nowoczesne sposoby wyjaławiania kanałów (przewodów) korzeniowych i ich wypełnianie; e) Jakie zapalenia ozębnej powodują zakażenie innych organów ustroju ludzkiego; f) Przyczyna i istota ropotoku zębodołowego; g) Czy można stosować metale nieszlachetne zamiast szlachetnych w protetyce dentystycznej.

Nazwiska referentów będą podane poźniej.

22 — **Sekcja chorób nerwowych i umysłowych**: a) Choroby nerwowe (przew. dr. Bregman, Marszałkowska 124).

Tematy programowe:

1. O ropniach mózgu (wspólnie z sekcją chirurgiczną i oto-ryno-laryngoliczną) ref. Dr. J. Rothfeld, Lwów. 2. O nagminnem zapaleniu mózgu, (temat wspólny z sekcją psychjatrji). Etjologja i epidemjologja ref. prof. Z. Szymanowski, Warszawa. Obraz kliniczny i przebieg — dr. J. Koelichen, Warszawa. Zaburzenia psychiczne — dr. J. Handelsman, Warszawa — Tworki. Anatomja patologiczna — dr. T. Simchowicz, Warszawa. b) Choroby umysłowe (przew. dr. J. Nelken, Marszałkowska 33).

Zgłoszono 1 wykład wspólnie z sekcją chorób nerwowych (dr. Handelsman, patrz wyżej).

23 — **Sekcja okulistyki** (przew. prof. K. Noiszewski Krucza l. 38).

Tematy programowe:

a) Jaskra doświadczalna: obrzękowa — prof. Szymański (Wilno) prosta — prof. Kapuściński (Poznań), b) Stosunek nieżytów do jaglicy — doc. dr. Reis (Lwów).

24 — **Sekcja ginekologji i położnictwa** (przew. prof. A. Czyżewicz, Starynkiewicza 3 Klinika Położnicza).

Tematy programowe:

a) Postępowanie lecznicze w gorączce połogowej i w gorączce w połogu, ref. dr. Monsiorski (Warszawa). b) Znaczenie badań nad kwasotą krwi w ginekologji, ref. dr. Zwoliński (Warszawa).

25 — **Sekcja historji i filozofji medycyny** (przewodniczący prof. F. Giedroyć, Kredytowa 8).

Zgłoszono 7 wykładów.

28 — **Sekcja higjeny i mikrobiologji** (przew. prof. Sz. Dzierzgowski, Nowy-Świat 19 i dr. L. Hirszfeld, Chocimska 24, Zakł. Epidem.).

Higjena:

Tematy programowe:

1. Zagadnienia sanitarne w Polsce (ref. dr. Witold Chodźko). 2, Nowe prądy w higjenie zawodowej (ref. prof. Karaffa-Korbutt). 3. Współpraca międzynarodowa na polu higjeny (ref. dr. Z. Rajchman).

Mikrobiologja:

Tematy programowe:

1. Zagadnienia zmienności w bakterjlogji (ref. dr. Eisenberg). 2. Patologja i epidemjologja błonicy — prof. Groer. 3) Nowe prądy w metodyce hodowli bakteryjnej — dr. Sierakowski.

30 — **Sekcja weterynarji** (przew. prof. J. Gordziałkowski Brzozowa 12).

Zgłoszono 13 wykładów.

31 — **Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego** (przew. dr. W. Światopełk-Zawadzki, Marszałkowska 76 i dr. St. Kopczyński, Wspólna 28).

Tematy programowe:

a) Rola lekarza w wychowaniu fizycznem, ref. dr W. Światopełk-Zawadzki (Warszawa), oraz prof. Ciechanowski, dr. Gębarski. dr. Jaroszyński i pułk. lek. Osmólski. b) Przeciążenie młodzieży szkolnej, ref. prof. dr. H. Jonszer (Poznań) oraz dr. S. Szuman i dr. J. Oziembłowski.

31 — **Sekcja medycyny wojskowej** (przew. płk. lek. Zembrzuski, Szpital Ujazdowski, Szkoła Sanitarna).

Tematy programowe:

a) Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny mjr. lek. G. Szulc i płk. int. Romański. c) Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny prof. Ciechanowski (Kraków) i płk. lek. Osmólski. c) Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny — gen. dr. W. Horodyński.

33 — **Sekcja prasy lekarskiej** - (przew. dr. W. Szumlański, Warszałkowska 73).

Tematy programowe:

a) Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej — prof. Ciechanowski (Kraków). b) Sprawa reformy pism archiwalnych — prof. Nowicki (Lwów). c) Sprawa reformy pism ogólno-lekarskich — prof. Ciechanowski i dr. Wierzbicki. d) Propaganda piśmiennictwa lekarskiego za granicą — prof. E. Loth. c) Błędy językowe w prasie lekarskiej — prof. Wrzosek (Poznań) i dr. W. Szumlański.

Nadto zgłoszono 1 wykład.

35 — **Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa** (przew. dr. B. Jakimiak, Chmielna 55).

Dotąd zgłoszono 2 wykłady.

IV. **Termni zgłaszania wykładów** do przewodniczących ustalono na 15 maja r. b. Z dniem 1 czerwca rozpocznie się druk programu naukowego.

V. **Wystawa naukowo-przemysłowa** mięścić się będzie w nowym gmachu »Kreślarni« Politechniki warszawskiej. W sprawach wystawy zgłaszać się należy do przewodniczącego profesora Bronisława Koskowskiego, Elektoralna 35.

VI. **Komisja mieszkaniowa** czyni starania o zapewnienie członkom Zjazdu lokali. Wolne lokale wyznaczane będą stosownie do kolejności zapisywania się uczestników Zjazdu.

Prezes: *Prof. Dr. Leon Kryński.*

Sekretarz generalny: *Prof Dr. Edward Loth.*

Warszawa w lutym 1925 r.
Anatomicum, Chałubińskiego 5.

Sprawy zawodowe.

Koło lekarzy zdrojowych w Truskawcu.

»Koło lekarzy Zdrojowych« w liczbie jedenastu zawiązało się w Truskawcu. Na prezesa wybrano dr. Pelczara, na zastępcę dr. Opieńskiego, na sekretarza dr. Altera. Celem Koła jest obrona interesów zawodowych w zdrojowisku, wzajemnego pogłębianie naukowych zagadnień, związanych z lecznictwem i zacieśnienie węzłów koleżeńskich. Za Zarząd: *Dr. Pelczar*, przewodniczący. *Dr. Alter*, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Tow. lek. w Krakowie składa serdeczne podziękowanie J. Wielm. Pani Dr. Langowej i J. W. Panom Dr. Cersze i Dr. Juraszowi za ofiarowane Bibljotece roczniki czasopiśmienne dzieła lekarskie.

Warszawa.

Wystawa przyrodniczo-lekarska będzie urządzona przy sposobności XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Celem wystawy jest przedstawienie lekarzom i przyrodnikom oraz publiczności ruchu naukowego w piśmiennictwie przyrodniczo-lekarskiem, środków naukowych i technicznych, jakiemi obecnie się posługujemy w tych dziedzinach nauki, jak również tego wszystkiego, co z gałęzi przemysłu jest w związku z medycyny i naukami przyrodniczemi. Komitet wystawy opracował szczegółowy regulamin dla wystawców. Wystawa zostanie otwarta 12-go lipca w gmachu Politechniki przy ul. Polnej l. 75 i trwać będzie 5 dni. W wystawie mogą brać udział wystawcy polscy i zagraniczni. Komitet ustanowił nagrodę dla wystawców, mianowicie dyplomy uznania, medale złote i srebrne i listy pochwalne. Przewodniczącym Komitetu Wystawy jest prof. Br. Koskowski, Warszawa, Elektoralna 35.

Ze świata.

Konferencja klimatyczna. Polski Urząd Konsularny w Bernie przesyła nam pismo z zawiadomieniem, że między 17 a 22 sierpnia 1925 r. odbędzie się w Davos konferencja klimatologiczna, urządzona przez Instytut dla Fizjologji i badań nad gruźlicą (Institut für Hochgebirgsphysiologie und Tuberkuloseforschung, Davos). Konferencja ta zajmie się w szczególności fizykalnem i fizjologicznym znaczeniem klimatu. Szereg wybitnych uczonych z różnych krajów dał wyraz swemu zainteresowaniu dla tej konferencji przez zapewnienie swego udziału i zgłoszenie referatów. O informacje bliższe należy się zwracać do sekretarjatu, w osobie p. dr. Wogel Eysern, Daves Dorf.

Sprawą badań zjawisk okultystycznych zajął się uniwersytet wiedeński. W tym celu wyłonił komisję, która ostatecznie przedstawiła protokół następujący: 1. Stwierdzono, że pewne medjum zagraniczne, które wykazywało wprost niezwykłe zjawiska i uważane było za osobnika o niezwykłych medjumicznych zdolnościach, zostało zdemaskowane w Instytucie fizykalnym przy zastosowaniu odpowiednich warunków kontrolnych. Każde »zjawisko« było następstwem zwykłej zręczności badanego osobnika i dało się nią wytłumaczyć. Medjum przyłapano na wykonywaniu różnych zręcznych »tryków«. O tem samem przekonano się w badaniach i seansach z medjum innem, przyczem dalsze badania kontrolne stały się niemożliwemi, gdyż medjum wyłączało coraz większą liczbę członków komisji, ponieważ obecność ich »przeszkadzała« zjawiskom medjumicznym. Trzecie medjum zaproszone wogóle nie poddało się badaniom Komisji.